

DOMANDA DI ISCRIZIONE ATTIVITA' ESTIVE 2025

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ ()

il _____ codice fiscale _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

cell. _____ mail _____

in qualità di _____ del minore _____

nato a _____ () il _____ codice fiscale: _____

residente a _____ prov. _____ via _____ n. _____

certificazione 104- riservati n. 3 posti:

- Comma 1
- Comma 3

Richiede l'iscrizione del proprio figlio ai centri estivi organizzati da coop sociale ACTL presso la sede di:

- CASCATA DEI COLORI IN CITTA' – c/o scuola Materna AULA VERDE in via XX Settembre**

per il/ seguente/i periodi:

- 14 –18 luglio 2025
- 21 – 25 luglio 2025
- 28 – 1 luglio/agosto 2025
- 4 – 8 agosto 2025
- 18 – 22 agosto 2025
- 25 – 29 agosto 2025

Tariffa settimanale € 50 con isee superiore a € 10.000

AUTORIZZAZIONE TRASPORTO:

- Si autorizza l'utilizzo del pulmino per gli spostamenti per le escursioni e le attività previste nell'ambito del progetto, nei giorni del mercoledì giovedì e venerdì, per ogni settimana di campus.

I sottoscritti _____

Data _____

Firma dei genitori _____

DELEGA AL RITIRO DA PERSONE DELEGATE:

Il sottoscritto: _____

nato/a a _____ prov _____

il _____ C.F. _____

DELEGA:

il sig./la sig.ra _____

nato/a a _____ prov _____

il sig./la sig.ra _____

nato/a a _____ prov _____

Al prelevamento del minore presso la struttura di attività

Firma del delegante _____

Firma delegati _____

Firma delegati _____

Allegata alla presente:

Copia documento d'identità del delegante e del/dei delegati

Terni, li _____

Firma dei genitori _____

INFORMATIVA PRIVACY:

Si desidera informare che i dati comunicati verranno trattati nel pieno rispetto della normativa nazionale vigente, in materia di privacy, relativamente alla protezione delle persone fisiche, con riguardo al trattamento dei dati personali e in osservanza del Regolamento (UE) 679/2016. Il trattamento di tali dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, esattezza, trasparenza, minimizzazione, limitazione delle finalità e della conservazione, nonché di tutela alla riservatezza. I dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità istituzionali e per l'erogazione dei servizi richiesti presso i nostri uffici, anche nell'ambito del procedimento per il quale verranno richieste di rendere eventuali dichiarazioni, tramite opportuna modulistica.

I sottoscritti:

✓ Dichiarano di aver preso visione dell'informativa sulla privacy UE G.D.P.R. 2016/679 RGPD.

✓ Autorizzano il minore a partecipare alle attività ordinarie e straordinarie previste dal progetto anche al di fuori della struttura di riferimento.

Data _____

Firma dei genitori _____

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE A FARMACI

Il/La sottoscritt... _____

Genitore del minore _____

COMUNICA CHE IL MINORE:

non è affett... da allergie e/o intolleranze alimentari;

presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari _

-

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione

non è affett... da allergie a farmaci;

presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione;

Eventuali altre informazioni utili sul minore da segnalare: _

_____, lì _____

FIRMA DEI GENITORI _____

NB: LE DOMANDE DOVRANNO ESSERE COMPILATE ED INOLTRE IN PDF COSI' ANCHE IL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DA INVIARE VIA MAIL A: campus@coopactl.it