



DOMANDA DI ISCRIZIONE ATTIVITA' ESTIVE 2026

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 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:

- 13 –17 luglio 2026
- 20 – 24 luglio 2026
- 27 – 31 luglio 2026
- 3 – 7 agosto 2026
- 17 – 21 agosto 2026
- 24 – 28 agosto 2026

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: _

_____, li _____

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

AUTORIZZAZIONE USO IMMAGINI

(Artt 96 e 97 della Legge in materia di protezione del diritto d'autore e di altri diritti connessi al suo esercizio n. 633 del 22 aprile 1941 - Legge sul diritto d'autore, Artt. 10 e 320 codice civile)

AUTORIZZO l'utilizzo di immagini/foto/video del minore per finalità esclusivamente legate alla documentazione dell'attività, alla promozione dell'iniziativa e alla rendicontazione.

NON AUTORIZZO l'utilizzo di immagini/foto/video.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art. 13 GDPR – Reg. UE 2016/679)

I dati forniti saranno trattati nel rispetto della normativa sulla privacy per finalità strettamente connesse all'organizzazione delle attività estive inclusive.

Acconsento al trattamento dei dati personali

Acconsento al trattamento dei dati particolari (salute, disabilità) ai fini organizzativi e di sicurezza

Luogo e data: _____

Firma del