**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

**“ESTATE INSIEME”**

*Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali per le dichiarazioni mendaci, falsità in atto e uso di atti falsi, così come disposto dall’art. 76 del citato D.P.R. n. 445/00*

**DICHIARA**

* 1. A) DATI DEL RICHIEDENTE
	2. Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di:  Padre  Madre  Tutore

C) DATI DEL FIGLIO PER CUI SI CHIEDE L’ISCRIZIONE

Cognome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Luogo di nascita:

Comune: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_ *(EE per stato estero)*

Nazione: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sesso: Maschio  Femmina 

Comune di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE L’ISCRIZIONE AL CENTRO ESTIVO**

**“ESTATE INSIEME”**

**dal 5 al 9 settembre e/o dal 12 al 16 settembre**

**Per il proprio figlio iscritto** (barrare la casella corrispondente):

A – I anno della scuola primaria

B – II anno della scuola primaria

C – III anno della scuola primaria.

D – IV anno della scuola primaria.

 E– V anno della scuola primaria.

**Per il seguente periodo** (barrare la/le casella/e corrispondente/i):

Dal 5/09 al 9/09, dalle 9.00 alle 14.00

Dal 12/09 al 16/09, dalle 12.30 alle 16.30 (le educatrici ritireranno i bambini da scuola (Braguti e Curtatone), a tal fine è necessario fare una delega sul diario scolastico)

**IL MODULO ISCRIZIONE E PRIVACY DEVE ESSERE INVIATO ALL’EMAIL** **b.fioroni.nidifilika.igea@consorzioarcobaleno.it** **entro il 23 agosto**

**In che modo Vostro figlio lascerà il servizio?**

Verrà a prenderlo un genitore oppure una o più persone delegata per tutto il periodo:

Nome ………………………………..Cognome……………………………….tipologia di relazione……………………………….

Nome ………………………………..Cognome……………………………….tipologia di relazione……………………………….

Nome ………………………………..Cognome……………………………….tipologia di relazione……………………………….

**Vostro figlio si trova in una di queste condizioni?**

Disabilità fisiche, psichiche o sensoriali certificate

Situazione familiare in carico al Servizio Sociale Comunale o ai servizi specialistici territoriali.

Particolari problematiche di salute.

Assunzione di farmaci con frequenza costante

**In caso positivo, per ciascuna delle situazioni sopra elencate è necessario contattare il soggetto gestore.**

**Chi dobbiamo contattare in caso di necessità?**

**1° REPERIBILE**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2° REPERIBILE**

Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

Di aver sottoposto il figlio/a, per cui si chiede l’iscrizione, alle **vaccinazioni obbligatorie**.  SI  NO

**INFORMATIVA PRIVACY**

Dichiara di aver preso visione dell’Informativa sul trattamento dei dati redatta ai sensi dell’art. 13 del Regolamento U.E. 2016/679 (G.D.P.R.)  SI

**A TAL FINE**

1. allega il modulo privacy firmato

 **FIRMA**

 ……………………………………..