

MODULO DI ISCRIZIONE

Centro Estivo Senza Pensieri 2023

Le dichiarazioni sono rese ai sensi dell' Art. 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – Il/la sottoscritto/a è consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali Previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

1-SEZIONE DATI ANAGRAFICI GENITORE/TUTORE

(Vanno inseriti i dati di tutti coloro che hanno responsabilità genitoriale)

Genitore

Nome	
Cognome	
Nato/a a	
Residente (città)	
Via	
Codice fiscale	
Telefono mobile	
Telefono casa/ufficio	
E mail	

Genitore

Nome	
Cognome	
Nato/a a	
Residente (città)	
Via	
Codice fiscale	
Telefono mobile	
Telefono casa/ufficio	
E mail	

Tutore

Nome	
Cognome	
Nato/a a	
Residente (città)	
Via	
Codice fiscale	
Telefono mobile	
Telefono casa/ufficio	
E mail	

2 - SEZIONE DATI DEL MINORE

Il/la sottoscritto/a **CHIEDE** che il/la minore _____ venga iscritto/a al **Centro Estivo Senza Pensieri** da realizzarsi presso il CESP di Pratosardo – via Marisa Bellisario 61;

DICHIARA, In base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione falsa, i seguenti dati del/lla minore:

Nome	
Cognome	
Nato/a a	
Residente (città)	
Via	
Codice fiscale	

3 - SEZIONE REQUISITI DI ACCESSO

Il/la sottoscritto/a **DICHIARA**, in base alle norme sullo snellimento dell'attività amministrativa e consapevole delle responsabilità cui va incontro in caso di dichiarazione falsa, di avere un ISEE 2023 o un ISEE Corrente di

:
€ _____, _____

4 - SEZIONE INFORMAZIONI DI SALUTE

Il/la sottoscritto/a **DICHIARA** che le condizioni di salute del minore sono state valutate positivamente, a seguito di consultazione del pediatra di libera scelta, e quindi nulla osta all'accessibilità degli spazi e allo svolgimento delle attività: **SI** (risposta obbligatoria)

4.1 - APPROFONDIMENTI

Dichiara che il/la minore soffre di particolari patologie e che deve essere sottoggett/a a limitazioni in determinati giochi e/o nelle attività motorie **SI** **NO**

Se SI specificare: _____

Dichiara inoltre:

al/la minore sono controindicati determinati alimenti _____

il/la minore ha le seguenti allergie/intolleranze _____

5 - PERIODO TURNI

I turni saranno assegnati, sin dove possibile, sulla base delle indicazioni fornite nella scheda di adesione, altrimenti verranno attribuiti d'ufficio in base all'ordine cronologico di arrivo delle domande. Qualora le domande pervenute non coprissero i turni disponibili, sarà possibile per i minori ripetere l'esperienza per un altro turno.

Nelle caselline sottostanti indicare le preferenze dei turni in ordine di priorità:

1= prima scelta 2 = seconda scelta 3 = terza scelta

turno dal 19 giugno al 30 giugno

turno dal 03 luglio al 14 luglio

turno dal 17 luglio al 28 luglio

6 - SERVIZIO DI TRASPORTO

Si vuole usufruire del servizio di trasporto gratuito come previsto dal bando?

SI NO

Se sì, indichi la fermata per la consegna e il ritiro del/la minore:

Fermata in Piazza Italia []

Fermata in Piazza Veneto []

Fermata in Via Porrino []

7 - DELEGA AL RITIRO (solo se persona diversa da chi ha responsabilità genitoriale)

Il/la sottoscritta autorizza le educatrici/ educatori del Cesp ad affidare, al termine delle attività, il minore sopra indicato solo ed esclusivamente alle persone di seguito designate e *nel contempo esonera la Cooperativa Lariso per fatti accaduti all'esterno della sede del servizio, dopo l'uscita del proprio figlio/a dallo stesso* :

Nome	
Cognome	

Nome	
Cognome	

Nome	
Cognome	

Nuoro il ____ / ____ / ____

Firma

8- ALLEGATI

a) Informativa sulla privacy

Leggere attentamente e sottoscrivere il documento allegato.

Ho letto e accettato il documento - Firma _____

b) Copia documento di identità in corso di validità