



Al Comune di Lodi

Ufficio destinatario

### Domanda di iscrizione CENTRI ESTIVI

<b>Il/la sottoscritto/a genitore/tutore/affidatario</b>			
<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>		<b>Codice Fiscale</b>
<b>Data di nascita</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Cittadinanza</b>	
<b>Residenza (indicare indirizzo: Via, piazza etc. e Comune)</b>			
<b>Telefono cellulare (campo obbligatorio)</b>		<b>Posta elettronica ordinaria (campo obbligatorio)</b>	
<b>del MINORE</b>			
<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>		<b>Codice Fiscale</b>
<b>Residenza (indicare indirizzo: Via, piazza etc. e Comune)</b>			
<b>Data di nascita</b>	<b>Sesso (M/F)</b>	<b>Luogo di nascita</b>	<b>Cittadinanza</b>
<b>Livello di Scuola frequentata nell'anno scolastico 2020/2021</b>			
<input type="checkbox"/> INFANZIA		<input type="checkbox"/> PRIMARIA	

### CHIEDE L'ISCRIZIONE AI CENTRI ESTIVI 2021

<b>Sede di destinazione per minori provenienti dalla SCUOLA DELL'INFANZIA</b>	
<input type="checkbox"/> <b>JASMIN</b>	<input type="checkbox"/> <b>AKWABA</b>
la scelta è puramente indicativa. L'A.C. si riserva, a fronte di un numero minimo di iscrizioni, di individuare una sola sede	

#### NELLE SETTIMANE:

<input type="checkbox"/>	1° settimana (dal 5 all'8 luglio)
<input type="checkbox"/>	2° settimana (dal 12 al 16 luglio)
<input type="checkbox"/>	3° settimana (dal 19 al 23 luglio)
<input type="checkbox"/>	4° settimana (dal 26 al 30 luglio)
<input type="checkbox"/>	5° settimana (dal 2 al 6 agosto)

<b>Sede di destinazione per i minori provenienti dalla SCUOLA PRIMARIA</b> <input type="checkbox"/> <b>DON GNOCCHI</b> <input type="checkbox"/> <b>PEZZANI</b> la scelta è puramente indicativa. L'A.C. si riserva, a fronte di un numero minimo di iscrizioni, di individuare una sola sede	
--	--

NELLE SETTIMANE:	
<input type="checkbox"/>	1° settimana (dal 5 luglio all'8 luglio)
<input type="checkbox"/>	2° settimana (dal 12 luglio al 16 luglio)
<input type="checkbox"/>	3° settimana (dal 19 luglio al 23 luglio)
<input type="checkbox"/>	4° settimana (dal 26 al 30 luglio)
<input type="checkbox"/>	5° settimana (dal 2 al 6 agosto)

SERVIZIO MENSA	
<input type="checkbox"/> <b>NON</b> intende usufruire del servizio mensa	<input type="checkbox"/> <b>INTENDE</b> usufruire del servizio mensa <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> <b>Dieta etico- religiosa</b></li> <li><input type="radio"/> <b>Vegetariana/Vegana</b></li> </ul>

Eventuali cambi rispetto alla scelta fatta per il servizio mensa dovranno essere comunicati entro il venerdì precedente alla settimana interessata al cambio. La variazione si intenderà valida sino al termine del periodo di iscrizione.

CONDIZIONE DEL MINORE/SITUAZIONE LAVORATIVA/FAMILIARE DEL NUCLEO	
<input type="checkbox"/>	Minore con disabilità (L. 104/92) e/o Invalidità civile (L. 102/09)
<input type="checkbox"/>	Documentata condizione di fragilità del nucleo familiare di provenienza del bambino (relazione servizi sociali)
<input type="checkbox"/>	Famiglia mono genitoriale con lavoro a tempo pieno (no smart-working)
<input type="checkbox"/>	Entrambi lavorano a tempo pieno (no smart-working)
<input type="checkbox"/>	Famiglia mono genitoriale con lavoro part-time (no smart-working)
<input type="checkbox"/>	Uno tempo pieno e uno part-time (no smart-working)
<input type="checkbox"/>	Entrambi part time (no smart-working)
<input type="checkbox"/>	Famiglia mono genitoriale con smart-working
<input type="checkbox"/>	Uno dei due genitori lavora in smart-working
<input type="checkbox"/>	Entrambi i genitori in smart-working
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare) :

## COMUNICA INOLTRE

<input type="checkbox"/>	che il minore _____ fa uso di farmaco salvavita ( <i>allegare documentazione medica</i> ) (cognome e nome)
	<b>Farmaco da somministrare</b>
<input type="checkbox"/>	<b>motivo della somministrazione</b>
<input type="checkbox"/>	che il minore _____ è allergico alle seguenti sostanze (cognome e nome)
	<b>Allergie /Intolleranze alimentari</b>
<input type="checkbox"/>	che il bambino necessita di assistenza specialistica ed è in possesso di
	<b>Certificazioni</b>
	<input type="checkbox"/> certificazione neuropsichiatrica/diagnosi funzionale
	<input type="checkbox"/> certificazione relativa a Legge 05/02/1992, n.104
	<input type="checkbox"/> certificazione di invalidità civile L. 102/2009
<input type="checkbox"/> Altro (specificare)	

## DICHIARA

- di aver preso visione e di accettare quanto riportato nel modulo informativo del servizio pubblicato sul sito internet dell'Amministrazione Comunale;
- di aver preso visione e di accettare quanto riportato nel modulo di corresponsabilità pubblicato sul sito internet dell'Amministrazione Comunale;
- di essere in regola con le vaccinazioni;
- di essere in regola con il pagamento dei servizi scolastici comunali.

**DELEGHE AL RITIRO DEL MINORE** \_\_\_\_\_  
(cognome e nome )

<b>Nominativo delegato 1 (maggiorenne)</b>		
Cognome	Nome	Documento d'identità
n. documento	Rilasciato da	Rilasciato il

<b>Nominativo delegato 2 (maggiorenne)</b>		
Cognome	Nome	Documento d'identità
n. documento	Rilasciato da	Rilasciato il

### Autorizzazione all'utilizzo delle immagini

Il Comune e la ditta che gestisce il servizio alla diffusione, pubblicazione e comunque a ogni altro trattamento (su supporto cartaceo o digitale) delle immagini del centro estivo a scopo informativo e didattico.

Autorizza

Non autorizza

### Elenco degli allegati

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica )*

copia del documento d'identità

Documentazione medica relativa a farmaco salvavita rilasciata dal medico pediatra

altri allegati (specificare) :

### Informativa sul trattamento dei dati personali

*(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)*

dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.

LODI

Luogo

Data

Il dichiarante