

	Al Comune di Lodi Ufficio destinatario	
---	--	--

Domanda di iscrizione CENTRI ESTIVI 2020

Il/la sottoscritto/a genitore/tutore/affidatario			
Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Data di nascita	Luogo di nascita	Cittadinanza	
Residenza (indicare indirizzo: Via, piazza etc. e Comune)			
Telefono cellulare (campo obbligatorio)		Posta elettronica ordinaria (campo obbligatorio)	
del MINORE			
Cognome	Nome	Codice Fiscale	
Residenza (indicare indirizzo: Via, piazza etc. e Comune)			
Data di nascita	Sesso (M/F)	Luogo di nascita	Cittadinanza
Livello di Scuola frequentata nell'anno scolastico 2019/2020			
<input type="checkbox"/> INFANZIA		<input type="checkbox"/> PRIMARIA	

CHIEDE L'ISCRIZIONE AI CENTRI ESTIVI

NELLE SETTIMANE	
<input type="checkbox"/>	1° settimana (dal 22 al 26 giugno)
<input type="checkbox"/>	2° settimana (dal 29 giugno al 3 luglio)
<input type="checkbox"/>	3° settimana (dal 6 al 10 luglio)
<input type="checkbox"/>	4° settimana (dal 13 al 17 luglio)
<input type="checkbox"/>	5° settimana (dal 20 al 24 luglio)
<input type="checkbox"/>	6° settimana (dal 27 al 31 luglio)
<input type="checkbox"/>	7° settimana (dal 3 al 7 agosto)
<input type="checkbox"/>	8° settimana (dal 10 al 14 agosto)
<input type="checkbox"/>	per n. settimane in base alla disponibilità

Sede di destinazione per minori provenienti dalla scuola dell'infanzia**SCelta PREFERENZIALE**

<input type="checkbox"/>	Calabria	<input type="checkbox"/>	Jasmin	<input type="checkbox"/>	Akwaba
<input type="checkbox"/>	Agnelli	<input type="checkbox"/>	Cabrini	<input type="checkbox"/>	Don Gnocchi

Sede di destinazione per i minori provenienti dalla scuola della primaria**SCelta PREFERENZIALE**

<input type="checkbox"/>	Agnelli	<input type="checkbox"/>	Cabrini	<input type="checkbox"/>	Barzaghi
<input type="checkbox"/>	Pascoli	<input type="checkbox"/>	Don Gnocchi	<input type="checkbox"/>	Arcobaleno

SERVIZIO MENSA

<input type="checkbox"/>	Non intende usufruire del servizio mensa	<input type="checkbox"/>	Intende usufruire del servizio mensa
--------------------------	---	--------------------------	---

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**Motivazione dell'iscrizione**

<input type="checkbox"/>	Minore con disabilità (L. 104)
<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

COMUNICA INOLTRE

<input type="checkbox"/>	che il minore fa uso di farmaco salvavita (<i>documentazione relativa da allegare</i>)
	Farmaco da somministrare
	Motivo della somministrazione
<input type="checkbox"/>	che il minore è allergico alle seguenti sostanze
	Allergie
<input type="checkbox"/>	che il bambino necessita di assistenza specialistica ed è in possesso di
	Certificazioni
<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
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)

DELEGHE AL RITIRO DEL MINORE

Nominativo delegato 1 (maggiorrenne)		
Cognome	Nome	Documento d'identità
n. documento	Rilasciato da	Rilasciato il

Nominativo delegato 2 (maggiorrenne)		
Cognome	Nome	Documento d'identità
n. documento	Rilasciato da	Rilasciato il

DICHIARA

di aver preso visione e di accettare quanto riportato nel modulo informativo del servizio pubblicato sul sito internet dell'Amministrazione destinataria

di aver preso visione e di accettare quanto riportato nel modulo di corresponsabilità pubblicato sul sito internet dell'Amministrazione destinataria

di essere in regola con le vaccinazioni

Autorizzazione all'utilizzo delle immagini		
<input type="checkbox"/>	Autorizza	
<input type="checkbox"/>	Non autorizza	
il Comune di Lodi 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.		
Elenco degli allegati		
<i>(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica)</i>		
<input checked="" type="checkbox"/>	copia del documento d'identità	
<input type="checkbox"/>	Documentazione relativa a farmaco salvavita	
<input type="checkbox"/>	altri allegati (specificare)	
Informativa sul trattamento dei dati personali		
<i>(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)</i>		
<input checked="" type="checkbox"/>	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