

# COMUNE DI MOTTA VISCONTI

# Città Metropolitana di Milano

# Settore Affari Sociali, Educativi e Ricreativi

**Tel. 02/90008131 – fax 029008122**

**Mail :** [**affarisociali@comune.mottavisconti.mi.it**](mailto:affarisociali@comune.mottavisconti.mi.it)

**Pec :** [**segreteria@pec.comune.mottavisconti.mi.it**](mailto:segreteria@pec.comune.mottavisconti.mi.it)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE CENTRI ESTIVI 2020**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Il sottoscritto genitore/tutore/affidatario** | | |
| COGNOME | NOME | CODICE FISCALE |
|  |  |  |
| DATA DI NASCITA | LUOGO DI NASCITA | CITTADINANZA |
|  |  |  |
| RESIDENZA (Indicare indirizzo : comune, Via, Piazza, n° | | |
|  | | |
| TELEFONO CELLULARE (obbligatorio) | POSTA ELETTRONICA ORDINARIA | |
| COGNOME DEL MINORE | NOME DEL MINORE | CODICE FISCALE DEL MINORE |
|  |  |  |
| RESIDENZA (Indicare indirizzo : comune, Via, Piazza, n° | | |
|  |  |  |
| DATA DI NASCITA | LUOGO DI NASCITA | CITTADINANZA |
|  |  |  |
| Livello di Scuola frequentata nell’a.s. 2019/2020 | | |
| * INFANZIA | * PRIMARIA | * SECONDARIA |
| Classe | Classe | Classe |
|  |  |  |

**CHIEDE L’ISCRIZIONE AL CENTRO ESTIVO**

|  |  |
| --- | --- |
| **NELLE SETTIMANE:** | |
|  | 1 settimana *(dal 22 al 26 giugno)* |
|  | 2 settimana (*dal 29 giugno al 3 luglio)* |
|  | 3 settimana *(dal 6 al 10 luglio)* |
|  | 4 settimana *(dal 13 al 17 luglio)* |
|  | 5 settimana *(dal 20 al 24 luglio)* |
|  | 6 settimana *(dal 27 al 31 luglio)* |

# CONDIZIONE DEL MINORE/SITUAZIONE LAVORATIVA/FAMILIARE DEL NUCLEO

|  |  |
| --- | --- |
| Motivo dell’iscrizione | |
|  | Minore con disabilità (Lg. 104) |
|  | Documentata condizione di fragilità del nucleo familiare di provenienza del bambino (Relazione Servizi Sociali) |
|  | Famiglia mono genitoriale con lavoro a tempo pieno ( no smart - working) |
|  | Famiglia mono genitoriale con lavoro part-time (no smart – working) |
|  | Un genitore tempo pieno e uno part-time (no smart - working) |
|  | Entrambi i genitori a part-time (no smart – working) |
|  | Famiglia mono genitoriale in smart - working |
|  | Uno dei genitori lavora in smart - working |
|  | Entrambi i genitori in smart - working |

**COMUNICA INOLTRE**

|  |  |
| --- | --- |
| che il minore è allergico alle seguenti sostanze: (documentazione relativa da allegare) | |
|  | Allergia |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| che il minore necessita di assistenza specialistica ed è in possesso di certificazione: (documentazione relativa da allegare) | |
|  | Certificazione neuropsichiatrica/diagnosi funzionale |
|  | Certificazione relativa a Legge n. 104/1992 |
|  | Certificazione invalidità civile |
|  | Altro (specificare) |

**DELEGHE AL RITIRO DEL MINORE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nominativo delegato n. 1:**  **(Maggiorenne)** | | |
| Cognome | Nome | Documento | |
|  |  |  | |
| Numero documento | Rilasciato da | Rilasciato il | |
|  |  |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nominativo delegato n. 2:**  **(Maggiorenne)** | | |
| Cognome | Nome | Documento | |
|  |  |  | |
| Numero documento | Rilasciato da | Rilasciato il | |
|  |  |  | |

**DICHIARA**

* Di aver preso visione e di accettare quanto riportato nelL’ INFORMATIVA 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.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Autorizzazione all’utilizzo delle immagini** | | | |
|  | Autorizza | | |
|  | Non autorizza | | |
| il Comune di Motta Visconti e la Cooperativa che gestisce il servizio alla diffusione, pubblicazione e comunque a ogni altro trattamento (su supporto informatico o cartaceo) delle immagini del Centro Estivo a scopo informativo o didattico | | | |
| **Elenco allegati**  **(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della istanza)** | | | |
|  | Copia documento identità genitore | | |
|  | **Patto di corresponsabilità (all. A)** | | |
|  | **Autodichiarazione (all.B)** | | |
|  | Altri allegati (specificare) | | |
| **Informativa al trattamento dei dati personali)**  **(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016 n. 679/2016 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 della istanza. | | |
| **Luogo:** | | **Data** | **Firma** | |