**Amministrazione destinataria**

Comune di Fiorenzuola d'Arda

**Ufficio destinatario**

Pubblica istruzione

# Domanda di iscrizione al centro estivo

***anno scolastico*** ***/***

## Il sottoscritto genitore, tutore o affidatario

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

**Residenza**

**Provincia** | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **Barrato** | **Interno** | **Scala** | **Piano** | **SNC** ☐ | **CAP**

**Telefono cellulare** | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

## domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

*(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)*

**Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica**

## del bambino

**Cognome** | **Nome** | **Codice Fiscale**

**Data di nascita** | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

## iscritto alla scuola

**Scuola** | **Classe** | **Sezione**

**Specificare scuola**

**CHIEDE**

l'iscrizione al centro estivo

**per il seguente periodo**

| Turni C.E. primaria | | Turni C.E. infanzia | |
|---|---|---|---|
| ☐ | 1° turno dal 23/06 al 27/06 | ☐ | 1° turno dal 01/07 al 04/07 |
| ☐ | 2° turno dal 30/06 al 04/07 | ☐ | 2° turno dal 07/07 al 11/07 |
| ☐ | 3° turno dal 07/07 al 11/07 | ☐ | 3° turno dal 14/07 al 18/07 |
| ☐ | 4° turno dal 14/07 al 18/07 | ☐ | 4° turno dal 21/07 al 25/07 |
| ☐ | 5° turno dal 21/07 al 25/07 | | |
| ☐ | 6° turno dal 28/07 al 01/08 | | |

**Orario di frequenza**

- ○ part time (uscita prima del pasto)
- ○ full time (con pasto in mensa)

**Usufruisco della quota pasto ridotta giornaliera pari a**

**COMUNICA INOLTRE**

- ○ non usufruisce di una dieta speciale
- ○ usufruisce di una dieta speciale

**Causa**

- ○ per motivi sanitari, pertanto

**Indicare allergie, intolleranze o altro**

**allega certificato medico**

- ○ per motivi etici o religiosi

**Dieta richiesta, indicare esclusione carne o altro**

☐ di esonerare mio figlio dalle seguenti attività sportive

**Attività sportive**

Valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

**DICHIARA**

☐ che il bambino ha i seguenti problemi di salute

**Problema di salute**

☐ che il bambino è certificato dalla struttura pubblica Azienda USL e necessita di educatore

☐ che il bambino necessita di somministrazione di farmaco salvavita, in tal caso il genitore deve presentare richiesta specifica all'ufficio pubblica istruzione

☑ che il bambino ha eseguito tutte le vaccinazioni obbligatorie previste dal calendario vaccinale per la sua età

☐ che il bambino non ha nessun problema di salute

☑ di aver effettuato la scelta o richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337-ter e 337-quater del Codice Civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori

☐ **che il proprio nucleo è incompleto per**

**Nucleo incompleto**

- ○ Mancanza di un genitore:
  Bambino riconosciuto da un solo genitore o nucleo famigliare con un genitore deceduto o con un unico genitore a cui spetta la potestà o con un genitore in stato di detenzione o ricovero in struttura di riabilitazione e cure per un periodo non inferiore a 6 mesi in un anno
- ○ Unico genitore coabitante:
  genitori divorziati, separati legalmente, celibi/nubili che non coabitano

☐ stato di grave disagio in conseguenza di condizioni socio-famigliari problematiche e non imputabili esclusivamente a fattori economici

*(tale stato potrà essere valutato solo in presenza di relazione sociale redatta dal Servizio Sociale Associato Minori ed in assenza di altri interventi educativi di supporto alle famiglie attivati per il medesimo periodo dal Servizio Sociale stesso)*

**DICHIARA INOLTRE**

che il medico curante del bambino è il seguente

| Cognome | Nome | N. telefono |
|---|---|---|
| | | |

i seguenti requisiti occupazionali

| | |
|---|---|
| ○ | entrambi i genitori svolgono attività lavorativa a tempo pieno |
| ○ | entrambi i genitori svolgono attività lavorativa, di cui almeno uno a tempo parziale |
| ○ | un solo genitore svolge attività lavorativa |

**Eventuali annotazioni (numero massimo di caratteri: 800)**

**Elenco degli allegati**

*(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)*

| | |
|---|---|
| ☐ | certificato medico<br>*(da allegare solo se richiesta una dieta speciale per motivi sanitari)* |
| ☐ | copia del documento d'identità<br>*(da allegare se il modulo è sottoscritto con firma autografa)* |
| ☐ | copia della documentazione medica ed eventuale verbale di invalidità civile |
| ☐ | 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)*

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

| Luogo | Data | il dichiarante |
|---|---|---|
| Fiorenzuola d'Arda | | |