



**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 <input type="checkbox"/>  |
|                    |                |        |                             |                | 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 |
|        |        |         |

**CHIEDE**

l'iscrizione al centro estivo

### per il seguente periodo

| Turni C.E. primaria  |                                    | Turni C.E. infanzia      |                             |
|--|------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                       | 1° turno dal 16/06 al 20/06        | <input type="checkbox"/> | 1° turno dal 01/07 al 04/07 |
| <input type="checkbox"/>                                       | 2° turno dal 23/06 al 27/06        | <input type="checkbox"/> | 2° turno dal 07/07 al 11/07 |
| <input type="checkbox"/>                                       | 3° turno dal 30/06 al 04/07        | <input type="checkbox"/> | 3° turno dal 14/07 al 18/07 |
| <input type="checkbox"/>                                       | 4° turno dal 07/07 al 11/07        | <input type="checkbox"/> | 4° turno dal 21/07 al 25/07 |
| <input type="checkbox"/>                                       | 5° turno dal 14/07 al 18/07        |                          |                             |
| <input type="checkbox"/>                                       | 6° turno dal 21/07 al 25/07        |                          |                             |
| <b>Orario di frequenza</b>                                     |                                    |                          |                             |
| <input type="radio"/>  | part time (uscita prima del pasto) |                          |                             |
| <input type="radio"/>  | full time (con pasto in mensa)     |                          |                             |
| <b>Usufruisco della quota pasto ridotta giornaliera pari a</b> |                                    |                          |                             |
|  |                                    |                          |                             |

**COMUNICA INOLTRE**

|   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <input type="radio"/>                                     | non usufruisce di una dieta speciale |
| <input type="radio"/>                                     | usufruisce di una dieta speciale     |
| <b>Causa</b>  |                                      |
| <input type="radio"/>                                     | per motivi sanitari, pertanto        |
| <b>Indicare allergie, intolleranze o altro</b>            |                                      |
| <br><br><br><br><br>                                      |                                      |
| <b>allega certificato medico</b>                          |                                      |
| <input type="radio"/>                                     | per motivi etici o religiosi         |
| <b>Dieta richiesta, indicare esclusione carne o altro</b> |                                      |
| <br><br><br><br><br>                                      |                                      |

di esonerare mio figlio dalle seguenti attività sportive

**Attività sportive**

|                      |
|----------------------|
| <br><br><br><br><br> |
|----------------------|

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**

|                      |
|----------------------|
| <br><br><br><br><br> |
|----------------------|

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 familiare 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-familiari 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

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> | entrambi i genitori svolgono attività lavorativa a tempo pieno                       |
| <input type="radio"/> | entrambi i genitori svolgono attività lavorativa, di cui almeno uno a tempo parziale |
| <input type="radio"/> | 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)*

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

Fiorenzuola d'Arda

Luogo

Data

il dichiarante