

Ufficio Protocollo  
Comune di San Giovanni Rotondo

**“ABILITY SUMMER CAMP 2024”**  
MODULO DI PRE-ADESIONE

**1) Dati del bambino/ragazzo/adulto interessato a frequentare le attività estive:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: casa \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

**2) Dati del genitore o referente familiare:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: casa \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

**chiede**

**l'iscrizione alle attività estive per il seguente periodo:**

<b>Settimane programmate</b>	<b>Settimane che si intende frequentare (apporre X)</b>
DAL 17 AL 21 GIUGNO 2024	
DAL 24 AL 28 GIUGNO 2024	
AL 1 AL 5 LUGLIO 2024	

**Dichiara che il bambino/ragazzo interessato a frequentare le attività estive,**

- necessita di assistenza 1:1 SI  NO

se si, la famiglia si impegna ad individuare uno o più caregiver che possano presenziare alle attività:

NOMINATIVO CAREGIVER \_\_\_\_\_ n. tel. \_\_\_\_\_

- frequenta il Cento per disabili di titolarità del Comune "Emma Francavilla" SI  NO

- frequenta altri centri socio-sanitarie ed educativi SI  NO   
(se si, indicare il nome del centro frequentato)

---

- indicare particolari esigenze del partecipante

---

- indicare eventuali intolleranze alimentari

---

Ai sensi del [DGPR-Regolamento UE 2016/679 art. 13 e 14 sul trattamento dei dati personali e ai sensi dell'art. 97 l. 633/41 e art. 10 c.c. del 1941 sul diritto all'immagine, l'uso dei dati personali ai soli fini qui indicati e la pubblicazione di immagini e video ripresi da operatori, durante i laboratori e lo svolgimento di eventuali performance, per l'eventuale pubblicazione in internet o su carta stampata, esposizione a mostre, partecipazione a concorsi, per ragioni di archivio, per permettere l'esercizio del diritto di cronaca e comunque senza che ne venga mai pregiudicata la propria dignità personale e il decoro. Il titolare del trattamento dei dati è il comune di San Giovanni Rotondo in qualità di organizzatore del centro](#)

Autorizzo al **trattamento** dei miei dati, nonché quelli del minore, ai fini delle comunicazioni riguardanti il presente progetto

SI  NO

Autorizzo l'**utilizzo** delle piattaforme digitali che verranno proposte dalla cooperativa

SI  NO

Autorizzo mio figlio ad uscite fuori dalla sede operativa

SI  NO

Autorizzo gli operatori a fare foto e/o a condividere sui social contenuti fotografici riferiti alle attività

SI  NO

Si allega la seguente documentazione:

- ✓ copia del documento di riconoscimento dell'intestatario della domanda e dell'iscritto alle attività proposte (e dell'eventuale caregiver);
- ✓ certificato di invalidità.

Data \_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_