**Al Comune di San Giovanni Rotondo**

**- Ufficio Servizi Sociali -**

**“ABILITY SUMMER CAMP – III EDIZIONE”**

MODULO DI DOMANDA

1. **Dati del genitore o referente familiare:**

Il Sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Recapiti telefonici: (fisso)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(cell)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l’iscrizione alle attività estive per:**

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: (fisso)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(cell)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dichiara che il bambino/ragazzo**

* è interessato a frequentare le attività estive per il periodo

|  |  |
| --- | --- |
| **Settimane programmate** | **Settimane che si intende frequentare** **(apporre X)** |
| DAL 25 AL 27 GIUGNO 2025  |  |
| DAL 30 GIUGNO AL 4 LUGLIO 2025 |  |
| AL 7 ALL’11 LUGLIO 2025 |  |

* 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:

Sì □ No □

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

Sì □ No □

Autorizzo mio figlio ad uscite fuori dalla sede operativa

Sì □ No □

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

Sì □ 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);

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_