

**Modulo di Domanda**

**Spett. Azienda Consortile “Agro Solidale”**

**Via Tenente Pittoni, 1**

**Comune di Pagani (SA)**

**Pec:**[agrosolidale@pec.it](mailto:agrosolidale@pec.it)

**OGGETTO: DOMANDA DI ISCRIZIONE** **AL “CENTRO POLIVALENTE 6–14 ANNI”, PER MESI 10, PRESSO IL PALAZZO COMUNALE, IN VIA G. MATTEOTTI N.13, NEL COMUNE DI SAN VALENTINO TORIO (SA) .CIG: 874891590C CUP: J61E20000110006**

**– Fondi PON Inclusione -**

**Genitore e/o Tutore del minore**

Il/la sottoscrittto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Minore**

Nome e cognome del minore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n.\_\_\_\_\_\_\_ tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**C H I E D E**

**DI POTER ISCRIVERE IL PROPRIO FIGLIO/A AL “CENTRO POLIVALENTE 6–14 ANNI”, PER MESI 10, PRESSO IL PALAZZO COMUNALE, IN VIA G. MATTEOTTI N.13, NEL COMUNE DI SAN VALENTINO TORIO (SA)**

**D I C H I A R A**

* di aver preso visione dell’Avviso Pubblico;
* di essere residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Nr. \_\_\_\_\_\_\_\_ figli minori di anni 14 a carico;
* Famiglia costituita da un solo genitore;
* Presenza nel nucleo familiare di persone non autosufficienti (riconoscimento invalidità 100% e/o handicap con connotazione di gravità ai sensi dell’art. 3. c.3 della L. 104/92)

**Inoltre DICHIARA:**

* di essere
* di NON essere   
  percettore del **Reddito di Cittadinanza** L. 26/2019

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE DEL FIGLIO**

* **MALATTIE PREGRESSE**
* Morbillo  si  No  Non so vaccinato:  si  no
* Parotite  si  No  Non so vaccinato:  si  no
* Pertosse  si  No  Non so vaccinato:  si  no
* Rosolia  si  No  Non so vaccinato:  si  no
* Varicella  si  No  Non so vaccinato:  si  no
* **ALLERGIE**

|  |  |
| --- | --- |
|  | *specificare* |
| Farmaci |  |
| Pollini |  |
| Polveri |  |
| Muffe |  |
| Punture d’insetti |  |
|  |  |

* Altro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Documentazione allegata su patologie e terapie in corso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Intolleranze alimentari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITÀ**

* di sollevare l’Azienda Consortile Agro Solidale,P.IVA e CF. 05548710655, da qualsiasi responsabilità inerente eventuali contagi da COVID-19 conseguenti alla partecipazione al servizio di **Centro Polivalente per minori 6-14 anni di cui alla domanda**;
* di dichiarare che il minore per il quale si chiede l’iscrizione non presenta alcun sintomo né risulta essere stato contagiato dal virus COVID – 19;
* di accettare tutte le misure previste nel protocollo di sicurezza adottato dal soggetto gestore del servizio;
* di accettare che, durante l’espletamento del servizio, ciascun minore indossi i DPI (mascherine, uso di gel idroalcolico, ecc.);
* di impegnarsi a segnalare immediatamente ad Agro Solidale l’eventuale mancato utilizzo dei DPI e/o il mancato rispetto del distanziamento personale parte degli operatori;
* di impegnarsi, a vantaggio dei minori interessati, all’osservanza delle norme nazionali e regionali vigenti in materia, recanti misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19;
* di autorizzare al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 675/96, del successivo D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003 e dell'art. 13 GDPR 679/16 "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

**AUTORIZZA**

LIBERATORIA FOTOGRAFICA E VIDEO per il figlio minorenne

A titolo gratuito e senza limiti di tempo l’Azienda Consortile “Agro Solidale” all’uso, alla riproduzione e alla pubblicazione, con ogni mezzo tecnico, delle immagini ritraenti il citato minorenne. La posa e l’utilizzo delle immagini sono da considerarsi effettuate in forma del tutto gratuita ed in maniera totalmente corretta. Le immagini potranno essere utilizzate dall’Azienda Consortile “Agro Solidale” nell’ambito delle attività del Centro Polivalente per minori 6-14 anni e tutti gli ambiti collegati al predetto progetto.

Ne vieta altresì l’uso in tutti i casi che ne pregiudichino l’onore, la reputazione ed il decoro della persona ai sensi dell’art. 97 L. n. 633/41 ed art. 10 del C.C. la presente liberatoria viene redatta e sottoscritta, garantendo di aver letto la presente, di averne compreso il contenuto e di avere il diritto di firmare.

*Le dichiarazioni sopra sono rese ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R. DEL 28/02/2020 N.445, consapevole delle sanzioni penali in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, come previsto dall’art. 76 del D.P.R. DEL 28/02/2020 N.445 e s.m.*

San Valentino Torio, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**In fede**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Informativa ai sensi dell’art. 13 del regolamento UE n. 679/2016**

Ai sensi dell’art.13 Reg.Ue 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riferimento al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (Regolamento Generale sulla protezione dei dati, di seguito anche “Regolamento” o “GDPR”) che abroga la Direttiva 95/46/CE, La informiamo che i dati personali da Lei volontariamente messi a disposizione saranno oggetto di trattamento nel rispetto della vigente normativa in materia di protezione dei dati personali e, comunque, nell’osservanza dei principi di riservatezza. Il trattamento dei suoi dati personali verrà effettuato mediante idonei strumenti cartacei, elettronici e/o telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra descritte e, comunque, in modo tale da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. Potranno venire a conoscenza dei Suoi dati personali solo i soggetti direttamente interessati all’attività per cui ha prestato il consenso. Il responsabile della protezione dei dati personali, i responsabili e gli incaricati del trattamento dei dati personali designati. Il Titolare del trattamento è l’Azienda Consortile “Agro Solidale” sita in via Marco Pittoni n.1 -84016- Pagani (SA). Qualsiasi richiesta relativa ai dati personali trattati potrà essere rivolta al Titolare del trattamento presso la sede dell’Azienda Consortile “Agro Solidale”.

**AUTORIZZAZIONE al trattamento dei dati personali ai sensi del regolamento UE n. 679/2016**

il sottoscritto dichiara di aver preso atto dell’informativa e autorizza l’Azienda Consortile “Agro Solidale” al trattamento dei dati personali propri e del/della figlio/a per le procedure relative al servizio “Centro Polivalente per minori 6-14 anni nel Comune di San Valentino Torio (SA).

Allega:

* Attestazione ISEE e DSU;
* Copia del documento di riconoscimento in corso di validità del genitore;
* Copia del Codice Fiscale del genitore;
* copia del Codice Fiscale del minore interessato/a a partecipare all’iniziativa;
* l’avvenuta vaccinazione attraverso la copia del libretto vaccinale o attestazione delle vaccinazioni effettuate rilasciata dall’ASL, in caso di smarrimento dell’originale (obbligatorio);
* l’omissione o il differimento (per chi si trova in particolari condizioni cliniche) attraverso attestazione redatta dal medico di medicina generale o dal pediatra del SSN;

**Luogo e data In fede**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**