



COMUNE DI AVELLINO
SETTORE SERVIZI SOCIALI

FORMULARIO DI ISCRIZIONE AL PROGETTO ESTIVO
CRESCERE GIOCANDO - ESTATE 2016

PROT. n. del.....

Il /La sottoscritto/a

Cognome:	Nome:		
Residente a:	Provincia:	CAP:	
P.zza/Via:			N.
GENITORE	TUTORE		
(depenare la voce che non interessa)			
Telefono FISSO:	Telefono MOBILE:		
Telefono FISSO:	Telefono MOBILE:		

CHIEDE

l'iscrizione del/i minore/ i al progetto "CRESCERE GIOCANDO - ESTATE 2016", accettando, nel contempo termini, condizioni e disciplina dell'Avviso Pubblico di riferimento.

All'uopo, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. n. 445/2000, e quindi nella piena consapevolezza di quanto prescritto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000,

AUTOCERTIFICA

(dati relativi al/i minore/i)

Cognome:	Nome:		
Codice Fiscale:	Luogo e data di nascita:		
Residente a:	Provincia:	CAP:	
P.zza/Via:			N.

CERTIFICAZIONI

<input type="checkbox"/> L. 104/92	<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> INVALIDITA': () %	
Eventuali patologie e/o terapie mediche in atto:			

2.

Cognome:	Nome:		
Codice Fiscale:	Luogo e data di nascita:		
Residente a:	Provincia:	CAP:	
P.zza/Via:			N.

CERTIFICAZIONI

<input type="checkbox"/> L. 104/92	<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> INVALIDITA': () %	
Eventuali patologie e/o terapie mediche in atto:			

3.

Cognome:	Nome:		
Codice Fiscale:	Luogo e data di nascita:		
Residente a:	Provincia:	CAP:	
P.zza/Via:			N.

CERTIFICAZIONI

<input type="checkbox"/> L. 104/92	<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> INVALIDITA': () %	
Eventuali patologie e/o terapie mediche in atto:			

4.

Cognome:	Nome:		
Codice Fiscale:	Luogo e data di nascita:		
Residente a:	Provincia:	CAP:	
P.zza/Via:			N.

CERTIFICAZIONI

<input type="checkbox"/> L. 104/92	<input type="checkbox"/> Altro:	<input type="checkbox"/> INVALIDITA': () %	
Eventuali patologie e/o terapie mediche in atto:			

5.

Cognome:	Nome:		
Codice Fiscale:	Luogo e data di nascita:		
Residente a:	Provincia:	CAP:	
P.zza/Via:			N.

SI ALLEGA LA SEGUENTE DOCUMENTAZIONE:

BARRARE LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- certificazione medica attestante l' idoneità fisica a svolgere attività ludico-ricreative;
- certificazione medica attestante la disabilità (per i minori diversamente abili)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI:

essere consapevole che all'interno dei programmi e delle iniziative previste vengono praticate attività ricreative e/o sportive. Pertanto concede l'autorizzazione affinché il minore in questione prenda parte alle suddette attività;

- autorizzare il/i proprio/i figlio/i iscritto/i al progetto "Crescere Giocando" a partecipare alla/e gita/e programmata/e;
- essere consapevole di quanto prescritto dagli articoli 75 e 76 del D.P.R 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, nonché sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti di cui agli articoli 46 e 47 de medesimo D.P.R 445/2000.

Data: _____ Firma _____

CONSENSO INFORMATO E AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003,

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PRESTA IL SUO CONSENSO | <input type="checkbox"/> NEGA IL SUO CONSENSO |
| al trattamento ed alla comunicazione dei dati relativi al presente atto ed alle attività ad esso connesse quale: | |
| <input type="checkbox"/> Diretto interessato | <input type="checkbox"/> Soggetto avente rappresentanza legale |
| <input type="checkbox"/> Soggetto esercitante patria potestà | <input type="checkbox"/> Tutore legale |

Inoltre, consapevole che i dati personali e ogni tipo di informazione sulla persona verrà trattata secondo quanto previsto dal D. Lgs. 30.06.2003, n.196.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> AUTORIZZA | <input type="checkbox"/> NON AUTORIZZA |
| il trattamento dei dati relativi alla persona. | |

Data: _____ Firma _____

(ALLEGARE copia documento d'identità, in corso di validità del dichiarante)