

Al Sig. Sindaco del Comune di
GALATONE

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO ESTIVO 2014

__l__ sottoscritt _____ nat__ a _____
il _____ residente a _____ via _____
n. _____ tel _____ altro recapito telefonico _____
in qualità di padre/madre/tutore (specificare) del minore _____
Nat__ il _____ a _____

Chiede e autorizza

La partecipazione del proprio figlio al Progetto Campus Scuola realizzato come segue:

Sede: SPLASH – Gallipoli
Periodo: 07 luglio – 18 luglio
Orario: 09:00 – 13:00
Età: 6 – 14 anni

A tal fine dichiara

- di essere a conoscenza della organizzazione del servizio e di accettare che il proprio figlio partecipi alle attività ludico/ricreative previste;
- di essere a conoscenza che il trattamento dei dati conferiti con la presente dichiarazione viene effettuato dagli Uffici comunali nel rispetto del D. Lgs. n. 196/2003 (Tutela Privacy)

fornire le seguenti dichiarazioni e informazioni se si intende usufruire dell'eventuale priorità¹

- o che entrambi i genitori e tutti gli adulti con lui conviventi sono impegnati in attività lavorativa nel periodo sopra richiesto, oppure
- o che l'unico genitore (se vedovo/a, separato/a con decreto del Tribunale, divorziato/a, ragazza/o madre/padre e tutti gli adulti con lui conviventi sono impegnati in attività lavorativa

Padre _____ (C.F. _____)

Occupato presso _____ (tel. Lavoro _____)

Madre _____ (C.F. _____)

Occupata presso _____ (tel. Lavoro _____)

¹ L'ammissione al Campo è condizionata al numero di domande. Nel caso il n° di domande pervenute superino i posti disponibili (n.50), si darà priorità ai minori i cui genitori e adulti conviventi sono impegnati in attività lavorative;

Altro adulto convivente _____ (C.F. _____)

Occupato presso _____ (tel. Lavoro _____)

- Si impegna a versare la quota dovuta di € 66,00 al momento dell'iscrizione direttamente alla Banca Monte dei Paschi di Siena - Galatone
- -In caso di rinuncia la predetta quota non sarà rimborsata.

Allega alla presente:

- Certificato medico attestante l'idoneità sanitaria del minore.
- ricevuta rilasciata dalla Banca Monte dei Paschi

Dichiaro espressamente di esonerare l'Amministrazione Comunale e il gestore dell'attività da eventuali responsabilità per danni non coperti da apposita assicurazione

Data

Firma del richiedente (*)

**(*) Il richiedente dovrà apporre la firma in presenza del dipendente addetto al ritiro
OPPURE inoltrare la presente domanda corredata di fotocopia del proprio documento di
riconoscimento valido**

Data

Il dipendente addetto al ritiro (*)
