

# Scheda di Iscrizione al Centro Estivo per Minori 2020

Da consegnare presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune di Formello  
Per l'ordine di arrivo faranno fede il numero e la data apposti dal Protocollo Comunale

## BAMBINO

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

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

Residente a Formello, via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Frequenza AS 2019/2020      Sc. Infanzia (solo ultimo anno)      classe/sez. \_\_\_\_\_  
Sc. Primaria      classe/sez. \_\_\_\_\_  
Sc. Secondaria Primo Grado (solo primo anno)      classe/sez. \_\_\_\_\_

*Eventuali intolleranze alimentari e cure in corso*

\_\_\_\_\_

## GENITORI

Padre \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Ab./Uff. \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Ab./Uff. \_\_\_\_\_

**Iscrizione:** Barrare il numero di settimane, massimo due (anche non consecutive) e le date di riferimento:

### TIME OUT

n. 1 settimana € 52,62

n. 2 settimane € 105,24

13-17 luglio

20-24 luglio

27-31 luglio

3-7 agosto

10-14 agosto

17-21 agosto

24-28 agosto

31 agosto-4 settembre

### CENTRO IPPICO TENUTA L'AMBROSIA

n. 1 settimana € 52,62

n. 2 settimane € 105,24

13-17 luglio

20-24 luglio

27-31 luglio

3-7 agosto

10-14 agosto

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, sotto la propria responsabilità ai sensi del DPR n. 445/2000, dichiara che suo/a figlio/a è in regola con le vaccinazioni previste dalla normativa vigente. Dichiara inoltre di aver preso visione delle condizioni di partecipazione e di accettarle integralmente.

**Allegati: documento di identità in corso di validità del/della dichiarante**

Data \_\_\_\_\_ Firma del genitore sottoscrittore \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI**  
**ai sensi dell'art.13 Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) e del D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.**

**PRESTAZIONI SOCIALI PER MINORI – CENTRO ESTIVO**

Il trattamento dei dati personali forniti e acquisiti è finalizzato a predisporre l'istruttoria per valutare la sussistenza dei requisiti di accesso a quanto richiesto.

I dati personali sono acquisiti direttamente dall'Interessato e il loro trattamento è svolto in forma cartacea e anche mediante strumenti informatici e telematici.

Il conferimento dei dati personali è necessario per l'istruttoria della pratica la mancata indicazione può comportare la carenza di istruttoria e l'impossibilità di definire la domanda.

I dati forniti possono essere comunicati ai fornitori del servizio, a enti e/o organizzazioni coinvolti nel procedimento, ad altri settori del Comune, ai fini dell'erogazione del servizio. I dati non verranno trasferiti verso paesi terzi.

Titolare del trattamento è il Comune di Formello sito in Piazza San Lorenzo 8.

Il titolare ha nominato un RPD individuato nella Fondazione Logos PA (e-mail info@logospa.it).

I dati saranno trattati dai dipendenti comunali (appositamente designati al trattamento dei dati) e soggetti esterni, puntualmente individuati, che svolgono per essa specifici incarichi, raccoglieranno solamente i dati necessari o essenziali, pertinenti e non eccedenti alle finalità istituzionali dell'Azienda stessa, ne cureranno l'aggiornamento e l'esattezza, e li conserveranno, per il periodo strettamente necessario.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali, la rettifica o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del GDPR). L'apposita istanza all'Autorità è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati presso il Comune (Fondazione Logos PA - Responsabile della Protezione dei dati personali, e-mail info@logospa.it).

Ulteriori informazioni sulla Privacy sono a disposizione all'interno del sito web del Comune di Formello e a disposizione presso gli sportelli comunali.

Gli interessati, ricorrendone i presupposti, hanno, altresì, il diritto di proporre reclamo al Garante quale autorità di controllo secondo le procedure previste.

**Consenso al trattamento dei dati personali**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_,

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, in qualità di genitore del/della minore

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, preso atto dell'informativa di cui al punto precedente, esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali e di quelli del/della minore, anche sensibili, per le finalità amministrative e di cura della salute correlate all'erogazione delle prestazioni richieste.

Infine, a garanzia della corretta modalità di informazione relativa allo stato di salute del/della minore, consente che sia data comunicazione alle sottoindicate persone:

GENITORI SI  NO  \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

CONIUGE SI  NO  \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

FIGLI/E SI  NO  \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

FRATELLI/SORELLE SI  NO  \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

MEDICO CURANTE SI  NO  \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

ALTRI \_\_\_\_\_ (cognome e nome)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_