

DOMANDA DI ISCRIZIONE A "CAMP DELL'AVVENTO" al Palazola Venturi"
bambini dai 3 agli 11 anni

DATI GENITORE – Compilare in stampatello

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ____/____/____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Tel. _____ C.F. _____

email _____

CHIEDO L'ISCRIZIONE di mio/a figlio/a al " Camp dell'Avvento" al Palazola Venturi"

A tal fine, consapevole delle sanzioni previste dall'art. 76 e della decadenza dei benefici prevista dall'art. 75 del T.U. della normativa sulla documentazione amministrativa di cui al D.P.R. n. 445/2000, in caso di dichiarazioni false o mendaci, sotto la mia personale responsabilità, **dichiaro** quanto segue:

DATI BAMBINO – Compilare in stampatello

COGNOME _____ NOME _____ sesso **M F**

Nato/a il ____/____/____ a _____ CF _____

Residente a _____

Via _____ n° _____

Data _____ **FIRMA** _____

Dati altro genitore:

COGNOME _____ NOME _____

cell. _____

GIORNATE RICHIESTE CAMP DELL'AVVENTO

MER 6/12	GIO 7/12	SAB 9/12

- Dichiaro di aver preso visione del programma giornaliero delle attività del "**Camp dell'Avvento**" e che il suo svolgimento sarà sempre all'interno del Palazola in Viale dello Sport 2 - Zola Predosa - Bologna.
- Mi impegno al ritiro del minore presso il Palazola Venturi tra le ore 16,00 e le ore 16,30. Previo sollevamento di ogni responsabilità agli operatori.

FIRMA_____

AUTORIZZA il trattamento del materiale audiovisivo e delle immagini fotografiche prodotti durante le attività del "**Camp dell'Avvento**" ed in particolare AUTORIZZA l'utilizzo di detto materiale sia per la documentazione interna sia per la pubblicazione a mezzo stampa e sui siti internet dell'ente organizzatore e del Comune, precisando che è stato informato che trattasi di consenso facoltativo e che potrà sempre esercitare il diritto di recesso ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. N. 196/2003."

FIRMA_____



SCHEMA SANITARIA PER MINORI - SANITARY CARD FOR MINORS

cognome-surname	nome-first name
Luogo e data di nascita – place and date of birth	nazionalità –
nationality Residenza, indirizzo, telefono – domicile, complete address, phone	

Medico curante – doctor in charge Codice Fiscale: AUSL

VACCINAZIONI - MALATTIE PREGRESSE
V A C C I N A T I O N S - P R E V I O U S D I S E A S E S

Difterite	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐		
Diphtheria		No ☐		
Tetano	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐		
Tetanus		No ☐		
Poliomielite	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐		
Poliomyelitis		No ☐		
Epatite B	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Hepatitis B		No ☐	Previous disease	No ☐
Pertosse	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Pertussis		No ☐	Previous disease	No ☐
Emofilo b	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Haemophilus b		No ☐	Previous disease	No ☐
Morbillo	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Measles		No ☐	Previous disease	No ☐
Parotite	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Mumps		No ☐	Previous disease	No ☐
Rosolia	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Rubella		No ☐	Previous disease	No ☐
Varicella	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Varicella		No ☐	Previous disease	No ☐
Pneumococco	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Pneumococcal		No ☐	Previous disease	No ☐
Meningococco C	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes ☐	Malattia pregressa -	Sì - Yes ☐
Meningococcal C		No ☐	Previous disease	No ☐

ALLERGIE – ALLERGIES

	specificare - specify
Farmaci - Drugs	
Pollini - Pollens	
Polveri - Dusts	
Muffe - Moulds	
Punture di insetti - Insect stings	

Intolleranze alimentari – Food intolerances: _____

Altro - Other diseases: _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – Included papers concerning diseases and therapies in progress:

Data - date	Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale Signature of the person exercising parental authority
-------------	---

MODALITÀ di PAGAMENTO – RINUNCE – RIMBORSI - TESSERAMENTO

ISCRIZIONI

L'iscrizione avviene contestualmente al pagamento della quota solo ed esclusivamente presso la reception Sogese del Palazola Venturi, viale dello Sport 2 - Zola Predosa, Bo, tel. 0516166834

Orari segreteria:

Lun-mar-gio-ven dalle 8 alle 20
mer dalle 12 alle 20
sab e dom dalle 9 alle 18

RINUNCE e RIMBORSI

Saranno ritenute valide soltanto le rinunce presentate in forma scritta all'indirizzo piscinapalazola@sogese.com in caso di malattia e presentando il certificato medico attestante l'impossibilità di frequentare il Camp.

In questo caso si avrà diritto alla restituzione della quota versata, tramutata in credito Sogese e caricata su una Card utilizzabile per il nuoto libero e per il fitness in tutto il circuito delle piscine Sogese.

TESSERAMENTO

Il Mostruoso Camp è riservato ai tesserati Uisp. Il tesseramento avverrà in maniera gratuita.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI: Per il trattamento dei dati, effettuato con modalità informatizzate e/o manuali, UISP, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 30 giugno 2003 n.196, e disciplinata dal Regolamento UE sulla Privacy 2016/679 (GDPR) agli articoli 13, paragrafo 1, e 14, paragrafo 1, informa che:

- a) il trattamento dei dati conferiti con la presente domanda di iscrizione è finalizzato allo sviluppo del procedimento amministrativo per l'iscrizione al Balocco Camp e delle attività ad esso correlate e conseguenti;
- b) il conferimento dei dati è obbligatorio per il corretto sviluppo dell'istruttoria e degli altri adempimenti procedurali;
- c) il mancato conferimento di alcuni o di tutti i dati richiesti comporta l'annullamento del procedimento per impossibilità a realizzare l'istruttoria necessaria;
- d) per assicurare il servizio l'Ente potrà valersi di altri soggetti pubblici o privati che potranno trattare i dati solo secondo le modalità previste dalla legge, nell'ambito del contratto-convenzione con essi stipulato, per il tempo necessario allo svolgimento del servizio;
- e) il dichiarante può esercitare i diritti di cui all'art. 7 del d. lgs. 30 giugno 2003 n.196 come previsto anche dal Regolamento UE sulla Privacy 2016/679 (GDPR) all'art. 19. (rettifica, aggiornamento, cancellazione dei dati, ecc.).

FIRMA
