

DOMANDA DI ISCRIZIONE A "PALAPASQUA CAMP 2023 AL PALAZOLA"
bambini dai 3 agli 11 anni

Domanda ricevuta il giorno ____ / ____ / 2023

DATI GENITORE - COMPILARE IN STAMPATELLO

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

Residente a _____ Via _____ n° _____

Tel. Casa _____ cell. _____

email _____

CHIEDO L'ISCRIZIONE di mio/a figlio/a al "Palapasqua Camp 2022 al Palazola"

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 _____ Residente a _____

Via _____ n° _____

FIRMA _____

Dati altro genitore:

COGNOME _____ NOME _____

cell. _____ email _____

GIORNATE RICHIESTE PALAPASQUA CAMP 2023

Gio 6/4	Ven 7/5	Sab 8/4	Mar 11/4

- Dichiaro di aver preso visione del programma giornaliero delle attività del PalaPasqua Camp
- Mi impegno al ritiro del minore presso il Palazola 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 Balocco Camp 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 _____



SCHEDA 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
VACCINATIONS - PREVIOUS DISEASES

Difterite Diphtheria	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Tetano Tetanus	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Poliomielite Poliomyelitis	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Epatite B Hepatitis B	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Pertosse Pertussis	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Emofilo b Haemophilus b	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Morbillo Measles	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Parotite Mumps	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Rosolia Rubella	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Varicella Varicella	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Pneumococco Pneumococcal	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Meningococco C Meningococcal C	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa - Previous disease Sì - Yes <input type="checkbox"/>

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 è vincolata al pagamento della quota a mezzo contanti, bancomat o carta di credito, presso la reception Sogese del Palazola, viale dello Sport 2 - Zola Predosa, Bo. Tel 0516166834

RINUNCE e RIMBORSI

Saranno ritenute valide soltanto le rinunce in caso di malattia, se verrà presentato un certificato medico entro il giorno successivo all'inizio della malattia.

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

TESSERAMENTO

Il PalaPasqua 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 centro estivo comunale 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
