



COMUNE DI URBINO
SETTORE CONTENZIOSO – CONTRATTI – SOCIETÀ PARTECIPATE – ERP –
POLITICHE EDUCATIVE – TRASPARENZA/ANTICORRUZIONE
Ufficio Politiche Educative

OGGETTO: Domanda di iscrizione al CENTRO ESTIVO “L. Valerio” – Luglio 2022

Il/La sottoscritto/a _____,
 nato/a a _____, il _____,
 residente a _____, in Via _____ n. _____,
 cell. _____, mail _____
 C.F. _____

CHIEDE

l'ammissione al Centro Estivo presso la Scuola dell'infanzia “L. Valerio” del/la proprio/a figlio/a
 _____ nato/a a _____, il __/__/__, frequentante la Scuola
 dell'infanzia:

- Villa del Popolo Valerio Oddi Coccinella Cavallino Canavaccio
 Ca' Mazzasette Trasanni Altra

Periodo prescelto:

- dal 04 luglio al 29 luglio
 - dal 04 luglio al 15 luglio
 - dal 18 luglio al 29 luglio

Dati dei genitori e degli altri soggetti conviventi oltre al bambino/a

Cognome e Nome	Luogo e Data di nascita	Parentela

Ai fini della formazione della graduatoria di ammissione il sottoscritto, consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del codice Penale secondo quanto prescritto dall'art.76 del DPR 445/2000 e che, inoltre, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art.75 del DPR 445/2000).

DICHIARA

- che il minore ha frequentato nel corrente anno scolastico 2021/2022 una Scuola dell'Infanzia comunale o statale;
- che il minore presenta intolleranze e/o allergie: SI NO
(se SI specificare quali, e allegare certificato medico)
_____;
- che il minore necessita della somministrazione di farmaci salvavita: SI NO
(se SI specificare quali, e allegare certificato medico)
_____;
- che il minore necessita della fruizione di DIETA SPECIALE PER PATOLOGIA SI NO
(se SI specificare quali, e allegare certificato medico)
_____;
- che il minore necessita della fruizione di DIETA SPECIALE SI NO
Opzione Menù: (se SI specificare quali delle seguenti opzioni)
 Menù vegetariano
 Menù vegano
 Menù alternativo per motivi religiosi
(specificare gli alimenti da NON somministrare) _____;
- di essere a conoscenza che il Centro Estivo è gestito dalla Società Urbino Servizi S.p.a. con sede in Urbino (PU).

ACCESSO PRIORITARIO

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Bambini con nucleo familiare residente nel territorio del Comune di Urbino | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Bambini con disabilità certificata | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Bambini di famiglie con difficoltà sociali segnalati dai Servizi Sociali | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. Bambini in affido familiare | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5. Bambini appartenenti a famiglie monoparentali | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 6. Bambini i cui genitori non usufruiscono delle ferie nel periodo richiesto | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

SITUAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Fratelli/sorelle di età inferiore a 3 anni (in età di Nido d'Infanzia) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Fratelli/sorelle di età inferiore a 6 anni (in età di Scuola dell'Infanzia) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Fratelli/sorelle di età inferiore a 12 anni (in età di Scuola primaria) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. Presenza nel nucleo familiare di persona/e con invalidità pari o superiore al 75%,
disabilità o malattia grave certificata, che necessita di assistenza quotidiana | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5. Stato di gravidanza della madre | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

In caso di parità di punteggio, si terrà conto del reddito ISEE della famiglia (prevale l'ISEE più basso).

DICHIARA altresì

di autorizzare lo staff a riconsegnare il minore alle persone di seguito specificate:

- Cognome e Nome _____ in qualità di _____,
cellulare _____ che lo riprenderà in sua vece.
- Cognome e Nome _____ in qualità di _____,
cellulare _____ che lo riprenderà in sua vece.
- Cognome e Nome _____ in qualità di _____,
cellulare _____ che lo riprenderà in sua vece.

Allegare alla domanda il documento di riconoscimento dei delegati, senza i quali il minore NON potrà essere consegnato.

ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

- Al trattamento in ogni sua forma dei dati personali miei e di mio/a figlio/a per finalità connesse ad attività ricreative, educative, formative e ludiche svolte;
- All'eventuale realizzazione riprese fotografiche o videografiche del minore durante l'attività didattico-educativa, da parte del personale educativo o da parte di fotografi o cineoperatori privati per finalità documentative esclusivamente **interne** alla struttura, inclusa eventuale chat del gruppo famiglie su Whats App;
- Alla pubblicazione di riprese fotografiche o videografiche del minore per fini promozionali dell'attività stessa o similari (essendo le riprese e l'utilizzo delle immagini effettuate in forma gratuita, senza scopo di lucro e volte a fini conoscitivi, divulgativi ed informativi inerenti la stessa attività o attività similari non pretende rimborsi e alcuna forma di compenso).

Urbino, li _____

Firma del genitore

N.B. Allegare documento di identità del sottoscrittore.