**Spett.le Comune di**

**FURTEI**

**Oggetto: DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO “SCUOLA NUOTO 2018”. ORGANIZZATO DALL’UNIONE COMUNI MARMILLA.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_\_, C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, che nell’anno scolastico 2017/2018 ha frequentato la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ della scuola (Indicare Primaria o Secondaria di I^ grado) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**OPPURE CHE**

🞏 nell’anno scolastico 2018/2019 frequenterà la classe prima della scuola primaria

**CHIEDE**

Che il proprio figlio venga ammesso a partecipare al progetto **“SCUOLA NUOTO 2018”** organizzato dall’Unione dei Comuni Marmilla per (barrare la casella che interessa):

🞏 n° \_\_\_\_\_ giornate di tre ore ciascuna **incluso il servizio di trasporto** per un costo di € \_\_\_\_\_\_\_;

🞏 n° \_\_\_\_\_ giornate di tre ore ciascuna **senza il servizio di trasporto** per un costo di € \_\_\_\_\_\_\_\_;

**COMUNICA**

Che il proprio figlio (***(segnare con una crocetta nel caso ricorrano le seguenti condizioni)*** :

🞏 Ha precedentemente frequentato corsi di nuoto;

🞏 Che il proprio figlio è diversamente abile e necessita di assistente personalizzato;

**Allega alla presente:**

🞏 copia della ricevuta di avvenuto pagamento di € \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in favore della Coop. All Togheter;

🞏 copia del documento di identità;

🞏 certificato medico per attività sportiva non agonistica;

🞏 certificato medico attestante il tipo ed il grado di disabilità.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_lì, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del genitore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DICHIARA di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.to L.vo 30 giugno 2003 n° 196 (Codice in materia dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma del genitore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DA RICONSEGNARE ALL’UFFICIO PROTOCOLLO DEL COMUNE DI RESIDENZA ENTRO LE ORE **11.00 del 06 GIUGNO 2018** UNITAMENTE ALLA RICEVUTA DI AVVENUTO PAGAMENTO