



## ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA "4gym"

Sede sociale: via Ressegotti, 9, 26817 San Martino in Strada,  
Tel. 349/4717573 C.F. 92558660152 – IBAN IT 04 T 06230 20302 000043798914

### DOMANDA DI ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO 2020

<b>IL/LA SOTTOSCRITTO/A GENITORE/TUTORE/AFFIDATARIO</b>		
COGNOME	NOME	CODICE FISCALE
DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA	CITTADINANZA
RESIDENZA	VIA / PIAZZA	COMUNE
TEL. CELLULARE (CAMPO OBBLIGATORIO)	POSTA ELETTRONICA ORDINARIA (CAMPO OBBLIGATORIO)	
<b>DATI DEL MINORE</b>		
COGNOME	NOME	CODICE FISCALE
RESIDENZA	VIA / PIAZZA	COMUNE
DATA DI NASCITA	SESSO (M/F)	LUOGO DI NASCITA
LIVELLO DI SCUOLA FREQUENTATA		
<input type="checkbox"/> INFANZIA	<input type="checkbox"/> PRIMARIA	<input type="checkbox"/> SECONDARIA 1°

### CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CENTRO ESTIVO NELLE SETTIMANE

<input type="checkbox"/> DAL 22 AL 26 GIUGNO	<input type="checkbox"/> DAL 27 AL 31 LUGLIO
<input type="checkbox"/> DAL 29 GIUGNO AL 3 LUGLIO	<input type="checkbox"/> DAL 3 AL 7 AGOSTO
<input type="checkbox"/> DAL 6 AL 10 LUGLIO	<input type="checkbox"/> DAL 17 AL 21 AGOSTO
<input type="checkbox"/> DAL 13 AL 17 LUGLIO	<input type="checkbox"/> DAL 24 AL 28 AGOSTO
<input type="checkbox"/> DAL 20 AL 24 LUGLIO	

### COMUNICA INOLTRE CHE IL MINORE

E' ALLERGICO A (specificare):	NECESSITA DI ASSISTENZA SPECIALISTICA ED E' IN POSSESSO DI CERTIFICAZIONI:
	<input type="checkbox"/> CERTIFICAZIONE NEUROPSICHIATRICA/DIAGNOSI FUNZIONALE
NECESSITA DI DIETE SPECIALI (specificare):	<input type="checkbox"/> CERTIFICAZIONE RELATIVA A LEGGE 104 - 05/02/1992
	<input type="checkbox"/> CERTIFICAZIONE DI INVALIDITA' CIVILE
	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)

**DELEGA AL RITIRO DEL MINORE**

Nome Delegato 1 (maggiorenne)		
COGNOME	NOME	DOCUMENTO D'IDENTITA'
NR. DOCUMENTO	RILASCIATO DA	RILASCIATO IL

Nome Delegato 2 (maggiorenne)		
COGNOME	NOME	DOCUMENTO D'IDENTITA'
NR. DOCUMENTO	RILASCIATO DA	RILASCIATO IL

**AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DELLE IMMAGINI**

<input type="checkbox"/> AUTORIZZA	IL COMUNE E IL GESTORE DEL SERVIZIO CENTRO ESTIVO ALLA DIFFUSIONE, PUBBLICAZIONE E COMUNQUE OGNI ALTRO TRATTAMENTO
<input type="checkbox"/> NON AUTORIZZA	(SU SUPPORTO CARTACEO O DIGITALE) DELLE IMMAGINI DEL CENTRO ESTIVO A SCOPO INFORMATIVO E DIDATTICO

**ELENCO DEGLI ALLEGATI**

<input type="checkbox"/> COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA'	<input type="checkbox"/> ALTRI ALLEGATI (specificare)

**INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2013, n. 196)**

<input type="checkbox"/> DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PUBBLICATA SUL SITO INTERNET DELL'AMMINISTRAZIONE DESTINATARIA, TITOLARE DEL TRATTAMENTO DELLE INFORMAZIONI TRASMESSE ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA.
--

LUOGO	DATA	FIRMA DEL DICHIARANTE