

MODULO DI ISCRIZIONE AI CENTRI ESTIVI TANA LIBERA TUTTI EDIZIONE 2024

Che si svolgeranno dal 01/07/2024 al 26/07/2024

Al Comune
di Castiglion Fibocchi (AR)

Il sottoscritto nato il a..... (.....)
residente in (.....)
via/p.za, n.
telefono abitazione telefono cellulare
e mail
c.f.

CHIEDE

l'iscrizione al centro estivo anno 2024 per il proprio/a figlio/a
nato/a a il
residente in (.....)
via/p.za, n.
c.f.
iscritto/a all'annodella scuola dell'infanzia

Per il/i seguente/i periodo/i:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1° turno dal 01 Luglio al 05 Luglio | <input type="checkbox"/> 2° turno dal 8 Luglio al 12 Luglio |
| <input type="checkbox"/> 3° turno dal 15 Luglio al 19 Luglio | <input type="checkbox"/> 4° turno dal 22 Luglio al 26 Luglio |

Secondo la seguente modalità:

- orario 7:30 – 12:30 senza pasto con tariffa settimanale € 55,00
 orario 7:30 – 16:00 con pasto* con tariffa settimanale € 120,00

- i turni e i moduli saranno attivati solo al raggiungimento del numero minimo di 5 iscritti e ne sarà data tempestiva comunicazione alle famiglie.
- l'iscrizione impegna il genitore al pagamento della quota settimanale
- Il pagamento dovrà essere effettuato esclusivamente tramite il sistema PagoPA, accedendo al sito del comune di Castiglion Fibocchi al link sotto riportato
<https://castiglionfibocchi.comune.pluginpay.it/Integrazioni/AvvisoSpontaneoPAAnonimo>
- Il pagamento per le settimane scelte e attivate, dovrà avvenire entro il mercoledì precedente la settimana prescelta.

*CHIEDE INOLTRE:

- La somministrazione della dieta prescritta dal medico come specificato nel certificato allegato

La dieta seguente per motivi culturali-etico-religiosi e si indica cosa deve essere escluso dal menù scolastico: _____

A tal fine dichiara:

di aver preso visione dell'Avviso completo e di accettarlo integralmente;

si impegna a

riprendere il figlio/a all'orario stabilito personalmente o tramite altra persona adulta segnalata nella presente domanda di iscrizione.

Delega i Sig.ri di seguito indicati a riprendere il suddetto alunno/a al punto di raccolta nell'orario stabilito:

Sig. grado di parentela o altro

Tel. Abitazione Tel cellulare

firma del delegato al ritiro per accettazione

(allegare documento d'identità del delegato al ritiro del minore);

Sig. grado di parentela o altro

Tel. Abitazione Tel cellulare

firma del delegato al ritiro per accettazione

(allegare documento d'identità del delegato al ritiro del minore).

DICHIARA, infine

di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, è passibile di sanzioni penali ai sensi del DPR 445/2000;

Data ____/____/____

Firma _____

firma e timbro del dipendente incaricato _____

Qualora la presente dichiarazione non venga sottoscritta in presenza del dipendente comunale incaricato, il dichiarante dovrà allegare al presente modulo, compilato e firmato, una fotocopia del suo documento di identità in corso di validità, a pena di inammissibilità.

Dichiara inoltre di aver preso visione dell'informativa sulla privacy pubblicata sul sito istituzionale del Comune di Castiglion Fibocchi, all'indirizzo

<https://www.comune.castiglionfibocchi.ar.it/home/servizi/servizio/Servizio-45.html>

e di autorizzare il Comune di Castiglion Fibocchi al trattamento dei dati personali secondo quanto indicato nell'Avviso.

Data ____/____/____

Firma _____

La domanda può essere **presentata al Comune di Castiglion Fibocchi con le seguenti modalità:**

- 1. inviata a mezzo pec all'indirizzo c.castiglionfibocchi@postacert.toscana.it**
- 2. inviata a mezzo posta elettronica ordinaria all'indirizzo scuola@comune.castiglionfibocchi.ar.it**
- 3. a mano presso l'ufficio scuola o ufficio protocollo del comune**

ENTRO E NON OLTRE LE ORE 12,00 DI MERCOLEDÌ 26/06/2024, INDICANDO LE SETTIMANE SCELTE.