**MANIFESTAZIONE DI INTERESSE**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SUMMER CAMP 2024**

*Al Comune di Casalbuono*

*Via Municipio, 1 (SA)*

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_

frazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tel. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**che il/la proprio/a figlio/a sia ammesso/a a frequentare il “*SUMMER CAMP 2024”***

**DICHIARA**

*ai sensi degli articoli 46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del medesimo DPR 445/2000, per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate*

**quanto di seguito indicato:**

1. **Dati anagrafici del bambino/a**

nome cognome

nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

età\_\_\_\_\_ frequentante la scuola:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ e che lo stesso si trova in una condizione di disabilità della quale viene allegata la relativa certificazione medica

2) **Composizione del nucleo familiare:** nel nucleo familiare (intendendosi per tale quello risultante dallo stato di famiglia) sono presenti:

□ entrambi i genitori

□ un solo genitore – nucleo monogenitoriale

3) **Condizione lavorativa dei genitori**

IL PADRE È IN CONDIZIONE LAVORATIVA?

□ NO □ SI

LA MADRE È IN CONDIZIONE LAVORATIVA?

□ NO □ SI

4) **Persone autorizzate al ritiro del bambino /**a

NOME E COGNOME\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ GRADO DI PARENTELA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Io sottoscritto/a dichiaro, inoltre, che qualsiasi comunicazione relativa alla presente richiesta potrà essere inviata, oltre che all’indirizzo di residenza, anche ai seguenti recapiti:

□ indirizzo **e-mail** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ recapito diverso da quello di residenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Allegati**:

□ documento di riconoscimento in corso di validità

□ certificato medico sulla condizione di disabilità del bambino

**INFORMATIVA SULL’USO DEI DATI PERSONALI E SUI DIRITTI DEI DICHIARANTI**

(Regolamento Europeo UE/2017/679)

I dati dichiarati saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente per le finalità per i quali sono stati rilasciati e potranno essere comunicati a terzi solo per le finalità di controllo dell’autocertificazione. Il dichiarante può in ogni momento esercitare diritti di accesso, rettifica, aggiornamento ed integrazione o cancellazione come previsto dal (Regolamento Europeo UE/2017/679) rivolgendosi al Responsabile del trattamento dei dati.

*lì\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*