

MODULO DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO COLONIA MARINA 2017 – 2° TURNO
Dichiarazione sostitutiva (art. 46 D.P.R. 28.12.2000, n. 445)

Al Sig. Sindaco del Comune di
MOSCUFO

Io sottoscritto _____, nato a _____
il _____, residente a _____ in Via _____
_____ n. _____

A U T O R I Z Z O

mio/a figlio/a _____ nato/a a _____

il _____, a partecipare alla colonia marina organizzata dal Comune di Moscufo nel periodo **dal 24.07.2017 al 04.08.2017**, *escluso martedì 25.07.2017, festa del Santo Patrono*, in favore alunni delle classi 5[^] della scuola primaria ed alunni delle classi 1[^], 2[^], 3[^] della scuola secondaria di 1° grado.

Scuola frequentata:

- | | | |
|--|-----------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> PRIMARIA | Classe 5[^] | Sez. |
| <input type="checkbox"/> SECONDARIA di 1° grado | Classe | Sez. |

Dichiara:

- che mio/a figlio/a non presenta patologie incompatibili con la partecipazione alla colonia marina.
- di impegnarsi ad accogliere personalmente il/la figlio/a alla fermata prendendo atto dell'eventualità di trovarsi alla fermata scuolabus 10 minuti prima dell'orario stabilito e che l'orario potrà subire piccole variazioni.
- di delegare ad accogliere il/la figlio/a in propria vece alla fermata (non possono essere delegati minori):
 - o Il/la sig.ra nato/a il
 - o Il/la sig.ra nato/a il
 - o Il/la sig.ra nato/a il
 - o Il/la sig.ra nato/a il
- di fornire il consenso, ai sensi della legge 675/96, per il trattamento dei dati personali e sensibili dichiarati nella presente domanda per le finalità istituzionali previste, prendendo atto della possibilità di accertamenti e verifiche sulla veridicità delle informazioni fornite.

Allega alla presente:

- *copia documento di identità;*
- *certificato del medico curante sulle condizioni generali del minore con l'indicazioni di eventuali allergie o intolleranze alimentari e l'assenza di controindicazione al soggiorno marino ed all'attività sportiva ludico – ricreativa.*
- ricevuta di versamento di Euro 75,00;*
- oppure**
- certificazione I.S.E.E. (minimo vitale € 8.000,00)*
- ricevuta di versamento di Euro 30,00*

Moscufo, il _____

_____ *firma leggibile*

Numeri telefonici da contattare in caso di necessità:
