|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | COMUNE *di* RIPATRANSONE  P R O V I N C I A D I A S C O L I P I C E N O  *Piazza XX settembre, 1 - 63065 Ripatransone* ***Codice fiscale e partita iva****: 00370910440* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

AL COMUNE DI RIPATRANSONE

UFFICIO SERVIZI SOCIALI

P.zza XX Settembre, 1

63065 RIPATRANSONE (AP)

OGGETTO: RICHIESTA DI ISCRIZIONE AI LABORATORI ESTIVI PREVISTI DAL PROGETTO BENESSERE IN COMUNE, INTERVENTO “TRACCE DI NOI: IMPRONTE RIPANE” *finanziato dal Dipartimento per le Politiche della famiglia della Presidenza del Consiglio dei ministri e co-finanziato dal Comune di Ripatransone*

La/Il sottoscritta/o (Cognome e nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazione (se nato all’estero) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono ab. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quale genitore/tutore del minore sotto indicato:

Cognome ………………………….................. Nome ……………………………........ Sesso  M  F

Data di nascita …………………… Luogo di nascita ……………………………………...Nazione …………………………..……

Codice fiscale ………………………………………………………………………………………..

RICHIEDE L’ISCRIZIONE AL/AI SEGUENTE/I LABORATORIO/I

Natura ed escursionismo (date estive: 10 e 24 luglio, 28 agosto)

ore 16-17 7-10 anni

ore 17-18 11-14 anni

Teatro intensivo (MAR e GIOV ore 16-18 dal 18 luglio al 6 agosto) 7-11 anni

Nel caso vi sia un esubero di richieste rispetto ai posti disponibili per ciascun laboratorio, esprime preferenza per

Natura ed escursionismo

Teatro intensivo

DICHIARA CHE LE PERSONE AUTORIZZATE AL RITIRO DEL/DELLA MINORE SONO:

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

DI ESSERE EDOTTO SULLE MODALITA’ DI EROGAZIONE DEL SERVIZIO.

La sottoscrizione della presente richiesta comporta l’accettazione di tutte le condizioni di espletamento del servizio.

Allega la seguente documentazione:

* copia del documento di riconoscimento DEL RICHIEDENTE

*Informativa resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 (General Data Protection Regulation)*

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue:

1. Finalità del trattamento: i dati personali saranno utilizzati dagli uffici nell’ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa.

2. Modalità del trattamento: i dati saranno trattati dagli incaricati sia con strumenti cartacei sia con strumenti informatici a disposizione degli uffici.

3. Conferimento dei dati: il conferimento dei dati ha natura obbligatoria; in caso di rifiuto non sarà possibile procedere all’accettazione e alla successiva trattazione della pratica.

4. Ambito di comunicazione: i dati potranno essere comunicati a terzi nei casi previsti della Legge 7 agosto 1990, n. 241 (“Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”) ove applicabile, e in caso di controlli sulla veridicità delle dichiarazioni (art. 71 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 (“Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa”).

5. Titolare del Trattamento: il titolare del trattamento dei dati personali è il Comune di Ripatransone, Piazza XX Settembre – 63065 Ripatransone. Sito: www.comune.ripatransone.ap.it

6. Responsabile del Trattamento: è la persona fisica o giuridica, l’autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta dati personali per conto del titolare del trattamento.

7. Responsabile della Protezione dati (DPO) è Avv. Francesco Barchielli, p.zza Indipendenza n.10 - 50129 Firenze.

8. Diritti dell’interessato: l’interessato può in ogni momento esercitare i diritti di accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsto dagli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679 rivolgendosi ai Servizi Sociali del Comune di Ripatransone.

Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria; in caso di rifiuto non sarà possibile procedere all’accettazione ed alla successiva trattazione della pratica.

La/Il sottoscritta/o dichiara di aver letto l’informativa sul trattamento dei dati personali.

Ripatransone, lì .........................

FIRMA del GENITORE

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