|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 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 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

“Dove comincia la città”, Laboratorio di Comunità

del 24/02/2025 e del 26/02/2025, ore 16 presso la Biblioteca Comunale Aldo Gabrielli

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

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