



Io sottoscritto/a _____ fornisco a Nuvole Soc. Coop. Sociale onlus le seguenti autorizzazioni per mio/a figlio/a:

5) AUTORIZZAZIONE A RIPRENDERE IL BAMBINO

NOMI E RECAPITI TELEFONICI DELLE **PERSONE AUTORIZZATE** dai genitori a riprendere il/la bambino/a (salvo diversa indicazione, i genitori si considerano entrambi autorizzati). Successivamente potranno essere aggiunti anche altri nominativi.

1) Nome e cognome _____ Tel _____
Grado parentela/altro _____

2) Nome e cognome _____ Tel _____
Grado parentela/altro _____

6) STATO DI SALUTE (cancellare la voce che non interessa)

Il genitore dichiara che il/la proprio/a figlio/a **non presenta/presenta** patologie particolari per le quali necessita di certificazione medica e/o di particolari attenzioni mediche

NOTE (indicare eventuali allergie/patologie) _____

E **non presenta/presenta** allergie alimentari (in caso affermativo allegare certificato medico ed eventuale richiesta per la mensa).

7) CERTIFICAZIONE HANDICAP

Il genitore dichiara che il/la/i proprio/a/i figlio/a/i è in possesso di certificazione handicap e pertanto necessita di sostegno:

SÌ NO

8) INFORMATIVA SULLA RACCOLTA E IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI D.Lgs 196/2003

A) PRESTO IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.

I dati personali raccolti al momento dell'iscrizione verranno trattati, anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici, restandone in ogni caso esclusa la comunicazione a terzi. La raccolta ed il trattamento di tali dati sono necessari per consentire a "Nuvole" l'espletamento del servizio per incarico dei Comuni di San Casciano VP, Tavarnelle VP e Barberino Val D'Elsa.

B) Si informa inoltre che durante lo svolgimento del centro estivo saranno effettuate fotografie o riprese video, che potranno essere utilizzate esclusivamente per fini didattici, culturali o illustrativi dell'attività e comunque nel rispetto della riservatezza, dell'onore, della reputazione e del decoro delle persone ritratte, ed escluso in ogni caso lo sfruttamento commerciale.

PRESTO IL CONSENSO ALLA RIPRODUZIONE/ PUBBLICAZIONE DI IMMAGINI di mio figlio/a:

SÌ NO

L'interessato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7, D.Lgs. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali"), rivolgendosi alla Cooperativa Sociale Onlus "Nuvole", Via del Pozzino, 9/R, 50143 Firenze, P.I. e C.F. 05214470485 tel. 055 7320915 e-mail nuvole@nuvolenuvole.it, www.nuvolenuvole.it responsabile del trattamento dei dati.

DATA _____

FIRMA _____

--PER ISCRIVERSI (tagliare e consegnare al genitore al momento dell'iscrizione)-----

A) **SCHEDA DI ISCRIZIONE:** consegnare la presente scheda compilata e firmata all'URP del Comune entro il 31/05/2017.
B) **PAGAMENTO:** il costo di ogni turno è di € 153,00. Contestualmente alla presente scheda, consegnare l'attestazione del versamento dell'acconto di € 53,00 per ogni turno di iscrizione. Il saldo di € 100,00 dovrà essere pagato entro il 28/06/2017 e la relativa attestazione consegnata agli operatori il primo giorno. L'eventuale rinuncia va comunicata per iscritto e protocollata dall'URP entro il 16/06/2017. Successivamente a tale data, non verrà restituito l'acconto versato. In caso di assenza per malattia per un periodo superiore ai cinque giorni, e dietro presentazione del certificato medico, sarà restituito il 70% della quota versata, proporzionalmente ai giorni di effettiva assenza.

Si prega di indicare nella causale del bonifico/bollettino cognome e nome del/dei bambino/i, i turni scelti (1°; 2°; oppure 1°e 2°) e la sede (Chiesanuova oppure Sambuca), di seguito i dati per effettuare il pagamento:

- **BONIFICO:** IBAN IT-11-M-07601-02800-001011725254 intestato a NUVOLE-SOC.COOP.SOCIALE ONLUS;
- **BOLLETTINO POSTALE:** conto n. 1011725254 intestato a NUVOLE-SOC.COOP.SOCIALE ONLUS.