MODULO D'ISCRIZIONE

**DATI OBBLIGATORI*

*IL SOTTOSCRITTO (intestatario ricevuta)_____
*NATO A _____ *IL _____*C.F _____
*RESIDENTE A_____
*VIA E N._____
*CELL PADRE_____ *CELL MADRE_____
*MAIL_____ (salvo diversa indicazione la ricevuta sarà recapitata via mail)

INTENDE ISCRIVERE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

*NOME_____*COGNOME_____
*NATO/A A_____ *IL_____
*C.F._____

ISCRIZIONE MASSIMA 2 PERIODI NON CONSECUTIVI
SENZA POSSIBILITA' DI PROROGA A SEGUITO DELL'ISCRIZIONE

AL:

☐ **CENTRO ESTIVO PRIMARIA**
Per il seguente periodo:
☐ dal 22 GIUGNO al 10 LUGLIO
☐ dal 13 LUGLIO al 31 LUGLIO
☐ dal 3 AGOSTO al 21 AGOSTO

☐ **CENTRO ESTIVO SECONDARIA**
Per il seguente periodo:
☐ dal 22 GIUGNO al 10 LUGLIO
☐ dal 13 LUGLIO al 31 LUGLIO
☐ dal 3 AGOSTO al 21 AGOSTO

☐ **CENTRO ESTIVO INFANZIA**
Per il seguente periodo:
☐ dal 29 GIUGNO al 10 LUGLIO
☐ dal 13 LUGLIO al 24 LUGLIO
☐ dal 27 LUGLIO al 7 AGOSTO
☐ dal 10 AGOSTO al 21 AGOSTO

SI DICHIARA INOLTRE DI ACCETTARE QUANTO SEGUE:

- **l'iscrizione sarà definitiva solo a seguito di conferma da parte del Comune con conseguente pagamento da effettuare;**
- **l'iscrizione sarà definitiva dopo la sottoscrizione del "PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA TRA IL GESTORE DEL SERVIZIO PER L'INFANZIA E ADOLESCENZA E LE FAMIGLIE DEI BAMBINI ISCRITTI"**

- dichiara di aver preso visione e di accettare quanto scritto nel PROTOCOLLO CENTRI ESTIVI Fase 2 - Linee di indirizzo per la riapertura dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza 0-17 anni e del protocollo sanitario a cura del dipartimento di prevenzione dell'azienda Ulss 9 Scaligera (Allegato 1)
- in caso di rinuncia/mancata partecipazione alle attività non è previsto alcun rimborso;
- si esonera l'Ente da qualsiasi responsabilità che non trovi copertura nella polizza assicurativa per Responsabilità Civile verso Terzi e contro gli infortuni stipulata dalla Cooperativa concessionaria del servizio;
- in caso di intolleranze alimentari è necessario presentare uno specifico certificato medico;
- il servizio sarà garantito con un numero minimo di 7/10 iscritti settimanali.

Per ragioni organizzative, conseguenti all'emergenza sanitaria in corso, i posti disponibili saranno limitati. Verrà data precedenza ai bambini residenti con genitore unico lavoratore e/o genitori entrambi lavoratori, (e non fruitori di smartworking) e/o in assenza di rete parentale di supporto.

Dichiara quindi di essere:
(barrare con una crocetta)

- ☐ **GENITORI LAVORATORI e non fruitori di smartworking**
- ☐ **FAMIGLIA MONOPARENTALE CON GENITORE LAVORATORE non fruitore di smartworking**

SI COMUNICA INOLTRE, ASSUMENDOSENE OGNI RESPONSABILITA', CHE:

- ☐ Il minore rientra a casa da solo.
- ☐ La/e persona/e autorizzata/e al ritiro del/della proprio/a bambino/a all'uscita dal C.E.R oltre al sottoscritto, sarà/saranno (massimo 2 persone maggiorenni):

1. COGNOME_____NOME_____Di cui allego carta d'identità.
2. COGNOME_____NOME_____Di cui allego carta d'identità.

DATI PER PAGAMENTO

Il modello di iscrizione completo va inviato tramite mail all'indirizzo **sociale@comunecavaion.it oppure consegnata presso gli uffici del Comune.**
IL BONIFICO VA INTESTATO A: Conto di tesoreria Comunale presso Banco BPM Spa Agenzia di Cavaion
IBAN: IT67B0503459380000000040098
CAUSALE: NOME COGNOME bambino/a/i - CER INFANZIA / CER PRIMARIA / CER SECONDARIA - PERIODO DI PARTECIPAZIONE. es: Rossi Mario - CER Primaria Cavaion - dal 22 Giugno al 10 Luglio

DATA: _____ FIRMA:_____

INFORMATIVA PER GLI UTENTI DEI SERVIZI EDUCATIVI- CENTRI ESTIVI
Documento informativo ai sensi e per gli effetti della vigente normativa privacy

Gentile Signor/a _____ in qualità di _____

del minore _____ ai sensi e per gli effetti della vigente normativa privacy, le forniamo le prescritte informazioni in merito alla modalità di trattamento dei dati che sarà improntato alla liceità e correttezza, nella piena tutela dei Suoi diritti, libertà fondamentali e della Sua dignità, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Titolare del trattamento: Ente committente del servizio

Responsabile del trattamento: SPAZIO APERTO Società Cooperativa Sociale Onlus, via P. Vassanelli 11 – BUSSOLENGO (VR)
Tel. 0457156901 – fax 0457156902; spazioaperto@allcoop.it

in relazione al servizio che le viene erogato da **SPAZIO APERTO SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE ONLUS** nello specifico di **CENTRO ESTIVO DEL COMUNE DI CAVAION VERONESE** i dati in possesso del titolare, o che verranno richiesti in seguito o comunicati da terze parti riguarda le seguenti categorie di:

DATI PERSONALI:
- nome, cognome, codice fiscale, data e luogo di nascita, indirizzo e altri elementi di identificazione personale, telefono, cellulare, e-mail
- dati relativi alla famiglia e a situazioni personali, alle abitudini del minore, della famiglia, ecc.

DATI SENSIBILI:
- stato di salute, capacità e autonomia
- eventuale terapia farmacologica
- indicazioni sui farmaci salvavita
- eventuali certificazioni di disabilità o di disagio
- intolleranze/allergie
- dati relativi a convinzioni religiose (se l'interessato richiede una dieta particolare)
- dati relativi alle origini etniche

e inoltre:
- immagini e filmati effettuati durante le attività

e saranno utilizzati per:

Finalità del trattamento:

- assolvimento degli obblighi di legge, in tutti gli aspetti contrattuali, assicurativi e fiscali inerenti il servizio erogato;
- documentazione delle attività svolte durante il servizio e promozionale e divulgativo dei servizi erogati dall'ente gestore anche mediante la pubblicazione di articoli su quotidiani e periodici;
- adempimenti derivanti da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e dagli organi di vigilanza;

Modalità del trattamento:

Il trattamento sarà effettuato sia in forma cartaceo che con l'ausilio di sistemi informatici e ad opera di soggetti di ciò appositamente incaricati.
Nell'ambito dei trattamenti descritti è necessaria la conoscenza e la memorizzazione di dati anagrafici dell'interessato e dei suoi familiari, o componenti del nucleo familiare, nonché l'acquisizione delle variazioni di tali dati che verrà comunicata non appena verificatesi, al fine di una corretta gestione del rapporto inerente il servizio erogato.

Tempi di conservazione:

I dati personali, raccolti e trattati dalla cooperativa, verranno conservati dopo la conclusione del servizio erogato per anni uno, per l'espletamento di tutti gli eventuali adempimenti connessi o derivanti dalla conclusione del servizio, nel rispetto degli adempimenti di legge.
I dati sensibili, saranno conservati per mesi 6, per poi essere resi anonimi esclusivamente ai fini dell'analisi dell'andamento dei servizi.
La informiamo inoltre che, relativamente ai suoi dati personali, Lei ha la possibilità di esercitare tutti i diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003 e dal Regolamento Europeo 679/2016 (vedasi tabella riepilogativa sottostante). In qualsiasi momento potrà rivolgersi al Presidente e Titolare del Trattamento (spazioaperto@allcoop.it) per l'esercizio dei diritti previsti.

Ambito di comunicazione e diffusione:
DATI PERSONALI:
I suoi dati, oggetto del trattamento, saranno comunicati esclusivamente ai soggetti competenti per l'espletamento di servizi necessari ad una corretta gestione del servizio erogato, con garanzia di tutela dei diritti dell'interessato.

I dati potranno essere in seguito comunicati a:

- pubbliche amministrazioni per lo svolgimento delle funzioni istituzionali, nei limiti stabiliti dalla legge e dai regolamenti

per l'espletamento degli obblighi imposti dalle leggi vigenti, ferma restando la garanzia di tutela dei diritti dell'interessato. Ogni ulteriore comunicazione o diffusione avverrà solo previo Suo esplicito consenso.

Il consenso al trattamento dei dati suddetti non è obbligatorio, ma l'eventuale rifiuto ad autorizzare la comunicazione dei suoi dati agli enti o terzi per gli scopi indicati, potrebbe comportare l'impossibilità di procedere ai puntuali adempimenti, derivanti dagli obblighi di legge e del contratto inerente il servizio erogato.

Il titolare rende noto inoltre che, l'eventuale non comunicazione, o comunicazione errata, di una delle informazioni obbligatorie, ha come conseguenze:

- l'impossibilità del titolare di garantire la congruità del trattamento stesso ai patti contrattuali per cui esso sia eseguito;
- la possibile mancata corrispondenza dei risultati del trattamento stesso agli obblighi imposti dalla normativa fiscale, amministrativa cui esso è indirizzato.

DATI SENSIBILI:
I suoi dati, oggetto del trattamento, saranno utilizzati esclusivamente per l'espletamento di attività necessarie ad una corretta gestione del servizio erogato, con garanzia di tutela dei diritti dell'interessato.
Lei potrà far valere i propri diritti come espressi dagli art.li 15 e successivi del GDPR, rivolgendosi al titolare, o al responsabile del trattamento.

Tabella informativa sui diritti dell'interessato

Diritto di accesso	Diritto a conoscere di quali vostri dati è in possesso il titolare
Diritto di rettifica	Diritto a che il titolare modifichi i dati se errati o incompleti
Diritto all'oblio	Diritto a ottenere la cancellazione completa di tutti i dati che vi riguardano
Diritto alla limitazione	Diritto a che il titolare conservi i dati ma senza trattarli
Diritto alla portabilità dei dati	Diritto a ottenere una copia dei dati e a portarla con sé
Diritto all'opposizione	Diritto a opporsi al trattamento ai fini di marketing, qualora questo venga svolto
Diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei Dati Personali	Possibilità di segnalare le violazioni all'autorità di controllo, che ha facoltà di comminare delle sanzioni al titolare.

L'interessato può anche presentare una segnalazione o un reclamo direttamente al Garante per la protezione dei dati personali (www.garanteprivacy.it) per segnalare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali.

Si comunica inoltre che:

In fede, Firma del titolare LUCIA ZANONI

Consenso obbligatorio:
Il sottoscritto interessato, **con la firma apposta in calce alla presente** attesta il proprio libero consenso in modo che il titolare proceda al trattamento dei DATI PERSONALI come risultanti dalla presente scheda informativa. Estende il consenso al trattamento dei DATI SENSIBILI, vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

L'interessato _____ _____
Cognome e nome *firma*

Consensi FACOLTATIVI

Estendo il consenso, facoltativo, al trattamento di **IMMAGINI e FILMATI**, vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge ed acconsento quindi ad effettuare riproduzione d'immagini e filmati del minore; acconsento alla condivisione a fine anno, su CD o su altro supporto, di tali immagini e filmati con i genitori degli altri bambini del nido

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**

Estendo il consenso, facoltativo, all'utilizzo delle immagini e dei filmati a scopo divulgativo elle attività della struttura.
In nessun caso avverrà la diffusione tramite social network.

☐ **ACCONSENTO** ☐ **NON ACCONSENTO**

L'interessato _____

_____, _____
luogo data

PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA TRA IL GESTORE DEL SERVIZIO PER L'INFANZIA E ADOLESCENZA E LE FAMIGLIE DEI BAMBINI ISCRITTI

La sottoscritta LUCIA ZANONI, in qualità Presidente, di Legale Rappresentante e datore di lavoro della SPAZIO APERTO Società Cooperativa Sociale Onlus, via P. Vassanelli 11 – BUSSOLENGO (VR) per i servizi in oggetto d'appalto per il Comune di Cavaion

E

- Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di padre/madre_____ nato/a a _____ il _____, e residente in _____ C.F _____

- Il/la sottoscritto/a _____ in qualità di padre/madre_____ nato/a a _____ il _____, e residente in _____ C.F _____

in qualità di genitore (o titolare della responsabilità genitoriale) di _____, nato/a a _____ il _____, e residente in _____ C.F. _____ che frequenterà il suddetto servizio per l'infanzia e l'adolescenza

entrambi consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, SOTTOSCRIVONO IL SEGUENTE PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA INERENTE LA FREQUENZA DI _____ AL SERVIZIO PER L'INFANZIA E ADOLESCENZA SOPRA MENZIONATO, **con il quale dichiarano di aver preso visione e accettato il documento "Linee di indirizzo per la riapertura dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza 0-17 anni" della Regione del Veneto e si impegnano ad attenersi alle indicazioni in esso contenute , nel rispetto degli interventi e delle misure di sicurezza per la prevenzione e il contenimento della diffusione di SARS-CoV-2.**

In particolare, il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale), consapevole che, in età pediatrica, l'infezione è spesso asintomatica o paucisintomatica, e che, pertanto, dovrà essere garantita una forte alleanza tra le parti coinvolte e una comunicazione efficace e tempestiva in caso di sintomatologia sospetta

DICHIARA

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che il figlio, o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è sottoposto alla misura della quarantena ovvero che non è risultato positivo al COVID-19;
- di auto-monitorare le proprie condizioni di salute, quelle del proprio figlio/a, dei familiari e conviventi (contatti stretti), avvalendosi anche del supporto del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta di riferimento;
- di, ogni qualvolta il genitore stesso o il proprio/a figlio/a o uno qualunque dei familiari e conviventi (contatti stretti) presenti sintomi sospetti per infezione da Nuovo Coronavirus (a titolo di esempio: febbre, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell'olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.):
  - evitare di accedere al servizio, informando il gestore del servizio,

- rientrare prontamente al proprio domicilio,
- rivolgersi tempestivamente al Medico di Medicina Generale e/o al Pediatra di Libera Scelta di riferimento per le valutazioni del caso e l'eventuale attivazione delle procedure previste per l'esecuzione del tampone nasofaringeo;

- di essere consapevole ed accettare che, in caso di insorgenza di febbre o di altra sintomatologia (tra quelle sopra riportate), l'ente gestore provvede all'isolamento immediato e successivo affidamento del minore al genitore o altro adulto responsabile, invitandoli a contattare immediatamente il Medico di Medicina Generale e/o al Pediatra di Libera Scelta per le valutazioni del caso e l'eventuale attivazione delle procedure diagnostiche;
- di essere consapevole che la frequenza del servizio comporta il rispetto delle indicazioni igienico-sanitarie previste;
- di essere stato adeguatamente informato dagli organizzatori del servizio per l'infanzia e l'adolescenza di tutte le disposizioni organizzative e igienico-sanitarie per la sicurezza e per il contenimento del rischio di diffusione del contagio da COVID-19 ed in particolare:
  - delle disposizioni per gli accessi e l'uscita dal servizio;
  - di non poter accedere, se non per situazioni di comprovata emergenza, all'area del servizio durante lo svolgimento delle attività ed in presenza dei bambini;
- di impegnarsi ad adottare, anche nei tempi e nei luoghi della giornata che il proprio figlio non trascorre al servizio per l'infanzia e l'adolescenza, comportamenti di massima precauzione;
- di essere consapevole che nel momento di una ripresa di attività di interazione, seppur controllata, non è possibile azzerare il rischio di contagio che invece va ridotto al minimo attraverso la scrupolosa e rigorosa osservanza delle misure di precauzione e sicurezza previste dalle linee di indirizzo regionali per lo svolgimento delle attività; per questo è importante osservare la massima cautela anche al di fuori del contesto del servizio per l'infanzia e l'adolescenza.

In particolare, il gestore, consapevole che, in età pediatrica, l'infezione è spesso asintomatica o paucisintomatica, e che, pertanto, dovrà essere garantita una forte alleanza tra le parti coinvolte e una comunicazione efficace e tempestiva in caso di sintomatologia sospetta

DICHIARA

- di aver fornito, contestualmente all'iscrizione, puntuale informazione rispetto ad ogni dispositivo organizzativo e igienico-sanitario adottato per contenere la diffusione del contagio da COVID-19 e di impegnarsi, durante il periodo di frequenza del servizio per l'infanzia e l'adolescenza, a comunicare eventuali modifiche o integrazioni delle disposizioni;
- di impegnarsi a realizzare le procedure previste per l'ingresso e ad adottare tutte le prescrizioni igienico-sanitarie previste dalla normativa vigente e dalle linee di indirizzo regionale;
- di non promuovere attività che comportino il contatto tra diversi moduli di bambini nei quali è organizzato il servizio per l'infanzia e l'adolescenza;
- di attenersi rigorosamente e scrupolosamente, nel caso di acclarata infezione da COVID-19 da parte di un bambino o adulto frequentante il servizio, a ogni disposizione dell'autorità sanitaria locale.

La firma del presente patto impegna le parti a rispettarlo in buona fede. Dal punto di visto giuridico non libera i soggetti che lo sottoscrivono da eventuali responsabilità in caso di mancato rispetto delle normative relative al contenimento dell'epidemia COVID-19, delle normative ordinarie sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, delle linee guida per la gestione in sicurezza di opportunità organizzate di socialità e gioco per bambini ed adolescenti nella fase 2 dell'emergenza COVID-19, e dalle sopracitate linee di indirizzo regionali per la riapertura dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza.

Luogo e Data_____

La Presidente
_____

La Responsabile d'Area
_____

Il genitore padre
(o titolare della responsabilità genitoriale)
FIRMA

_____

Il genitore madre
(o titolare della responsabilità genitoriale)
FIRMA

_____

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA' DI ENTRAMBI I GENITORI