



MODULO DI ISCRIZIONE

DATI DEL MINORE PARTECIPANTE (CLASSE _____ SEZIONE _____)

Nome	Cognome
Data di nascita	Luogo di nascita

DATI ESERCENTE POTESTÀ GENITORIALE (Firmatario del modulo di iscrizione)

Nome	Cognome
Codice Fiscale	Cell.
Email (stampatello in modo leggibile)	

IN RIFERIMENTO AL PROGETTO/SERVIZIO (A cura dello staff di servizio)

PROGETTO "SCUOLE APERTE IL POMERIGGIO, LA SERA E NEI WEEKEND A.S. 2023-2024" I.C.S. "ANGELICA BALABANOFF" ROMA.

Io sottoscritto genitore, o **esercente la potestà genitoriale**, sotto la mia responsabilità,

✗ Ai sensi del Dpr. 445/2000 (art. 76) e consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, dichiaro sotto la mia personale responsabilità, di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà del minore, il quale conosce e condivide le scelte e le decisioni esercitate. (Nb. in caso di affidamento disposto con sentenza giudiziale, alla presente deve essere anche allegata la relativa documentazione).

✗ Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 e dell'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), dopo aver preso visione di quanto descritto nel presente modulo di iscrizione, acconsento al trattamento dei dati e autorizzo mio/a figlio/a a partecipare a tutte le attività previste.

- **Comunico inoltre** quanto segue:

REPERIBILITÀ TELEFONICA DEI FAMILIARI

Nome e Cognome (Genitore A)		Nome e Cognome (Genitore B)	
☎	Casa	☎	
☎	Cellulare	☎	

MODALITÀ DI RIPRESA IN CUSTODIA DEL MINORE E DELEGA AUTORIZZATIVA

✗ AUTORIZZA

gli insegnanti della Scuola a lasciare mio/a figlio/a in custodia allo Staff di Servizio dell'ente per tutta la durata del laboratorio; fino a quando non verrò io (o una persona da me delegata tramite l'apposito modulo) a riprenderlo/a.

mio/a figlio/a a recarsi autonomamente al luogo deputato per lo svolgimento del laboratorio e dichiara che tornerà a casa da solo/a alla fine dell'orario di laboratorio, sollevandone pertanto lo Staff di servizio dell'Associazione e l'I.C. da ogni responsabilità riguardante la custodia, la sorveglianza, l'affidamento e l'accompagnamento, sia per quanto riguarda il tragitto necessario al raggiungimento del laboratorio nell'orario che ne precede l'inizio, sia per quanto riguarda il tragitto necessario al ritorno a casa, nell'orario che ne segue la fine.

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la mia personale responsabilità, dichiara di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la patria potestà del minore, che conosce e condivide le scelte esplicitate attraverso il presente modulo.

MODALITÀ PREFERENZA SCELTA DEI GIORNI DI FREQUENZA

Barrare indicando un ordine di preferenza da 1 (Prioritario) a 4 (Secondario)

Lunedì: ___

Mercoledì: ___

Giovedì: ___

Venerdì: ___

✗ DELEGA AL RIACCOMPAGNO

“Il “Soggetto delegato” all'accompagnamento o alla riconsegna del minore, preventivamente registrato sul presente modulo, dovrà presentare una fotocopia del suo documento di riconoscimento in corso di validità al fine di permetterne il riconoscimento. Il Firmatario del presente modulo, siglando e allegando inoltre il proprio **documento di riconoscimento**, dichiara di accettare e sollevare l'Ente e la Scuola da ogni responsabilità.

SOGGETTO DELEGATO AL RIACCOMPAGNO

	Nome	Cognome	Telefono	CI
1				
2				

Inviare Documento del delegante e dei delegati su Email: spaziometodo@gmail.com

Firma Responsabile Ente
Validazione

Firma Esercente
Responsabilità Genitoriale