



**Domanda di partecipazione a**  
**TRIBU' WACHITU' 2024**  
**Centro estivo in natura – Canale di Pergine**  
**Scuola primaria fino alla terza media (6-14 anni)**

Il/la sottoscritto/a (nel caso di buoni di servizio indicare i dati della madre o altro avente diritto)

.....

residente a ..... via.....

nata/a a .....il .....

tel.(obbligatorio) .....

e-mail (obbligatoria).....

codice fiscale

**chiede l'iscrizione all'iniziativa LA TRIBU' WACHITU'**

1. del/la figlio/a .....nato/a a .....

il ..... codice fiscale

residente a ..... via.....(se diverso da quello del genitore)

scuola frequentante nell'a.s. **2023-24** .....

**Settimane prescelte:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dal 01 al 05 luglio        | <input type="checkbox"/> dal 08 al 12 luglio        |
| <input type="checkbox"/> dal 15 al 19 luglio        | <input type="checkbox"/> dal 22 al 26 luglio        |
| <input type="checkbox"/> dal 29 luglio al 02 agosto | <input type="checkbox"/> dal 05 al 09 agosto        |
| <input type="checkbox"/> dal 19 al 23 agosto        | <input type="checkbox"/> dal 26 agosto al 30 agosto |

**con il seguente orario (barrare con una crocetta l'orario scelto):**

07.30 – 16.00	08.00 - 16.00	08.00 – 17.00	07.30 – 17.00
---------------	---------------	---------------	---------------

Nel caso di anticipo (7.30 -8.00) indicare l'orario di entrata: .....

Nel caso di posticipo (15.30-17.00) indicare l'orario di uscita: .....

2. del/la figlio/a .....nato/a a .....

il ..... codice fiscale

residente a ..... via.....(se diverso da quello del genitore)

scuola frequentante nell'a.s. **2023-24** .....

**Settimane prescelte:**

- dal 01 al 05 luglio
- dal 15 al 19 luglio
- dal 29 luglio al 02 agosto
- dal 19 al 23 agosto
- dal 08 al 12 luglio
- dal 22 al 26 luglio
- dal 05 al 09 agosto
- dal 26 agosto al 30 agosto

con il seguente orario (barrare con una crocetta l'orario scelto):

<input type="checkbox"/> 07.30 – 16.00	<input type="checkbox"/> 08.00 - 16.00	<input type="checkbox"/> 08.00 – 17.00	<input type="checkbox"/> 07.30 – 17.00
--	--	--	--

Nel caso di anticipo (7.30 -8.00) indicare l'orario di entrata: .....

Nel caso di posticipo (15.30-17.00) indicare l'orario di uscita: .....

**A. Il richiedente dichiara che:**

- nel caso si intenda richiedere il buono di servizio del Fondo Sociale Europeo, di svolgere il proprio lavoro per n. .... ore settimanali. A tale fine allega copia fronte retro della carta d'identità del richiedente
- di AUTORIZZARE LE REGISTRAZIONI VIDEO E LE RIPRESE FOTOGRAFICHE *oppure*
- di NON AUTORIZZARE LE REGISTRAZIONI VIDEO E LE RIPRESE FOTOGRAFICHE
- di AUTORIZZARE LE USCITE SUL TERRITORIO *oppure*
- di NON AUTORIZZARE LE USCITE SUL TERRITORIO
- che il bambino ..... manifesta le seguenti ESIGENZE PARTICOLARI (NECESSITA' DI SUPPORTO, DIETE SPECIALI, ALLERGIE ECC.):  
.....  
.....
- che l'autorizzazione a partecipare alla predetta iniziativa è assunta in accordo con eventuali altri esercenti la potestà sul minore.

Pergine Valsugana, .....

.....  
(firma da parte di uno degli esercenti la potestà sull'iscritto/a) \*

**\* allegare copia documento di identità in corso di validità qualora la firma non sia apposta in presenza del funzionario ricevente la domanda**

**Informativa ai sensi del Reg. UE 2016/679**

ASIF CHIMELLI, nella persona del legale rappresentante pro tempore, in qualità di titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 Reg. Ue 2016/679, informa che i dati personali forniti verranno trattati nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy, per finalità istituzionali, per attuazione di obblighi di legge e per finalità amministrative-contabili. Base giuridica del trattamento sono l'attuazione del servizio richiesto e l'adempimento di pubblici poteri di cui è investito il Titolare. I dati conferiti saranno oggetto di trattamento cartaceo ed informatizzato e verranno comunicati solamente ai soggetti appositamente designati e autorizzati al trattamento. Il Responsabile della protezione dati designato è Studio Gadler s.r.l., sito in Via Graberi 12/A, referente dott.ssa Gioia Cantisani, che sarà contattabile al numero +39 0461-512522 e/o agli indirizzi e-mail dpo@studiogadler.it, PEC: pec.gadler@pec.gadler.it.

Per l'esercizio dei diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Reg. Ue 2016/679 e/o per la visione dell'informativa completa, il Titolare è contattabile all'indirizzo e-mail: info@asifchimelli.it, telefono +39 0461/502351 o presso la propria sede in Piazza Garbari, 5 - 38057 Pergine Valsugana (TN).

**SCHEDA INFORMATIVA da compilare e restituire insieme alla domanda**

Il minore presenta problematiche psico-fisiche di cui gli educatori devono essere informati? Se <b>SI</b> indicare quali: _____ - _____	<b>SI</b> <b>NO</b>
Il minore è stato certificato in base alla L. 104/1992? Se <b>SI</b> è seguito da insegnante di sostegno o educatore?	<b>SI</b> <b>NO</b> <b>SI</b> <b>NO</b>
Il minore presenta intolleranze o allergie ad alimenti, insetti, sostanze in genere che possono scatenare reazioni immuno-mediate? Se <b>SI</b> indicare allergeni e allegare certificazione medica: _____ Il minore non può assumere alcuni alimenti per altre motivazioni (motivi religiosi, personali, .....)? Se <b>SI</b> indicare quali alimenti evitare: _____	<b>SI</b> <b>NO</b> <b>SI</b> <b>NO</b>
La Società Cooperativa è autorizzata a effettuare il trasporto del minore per eventuali uscite sul territorio?	<b>SI</b> <b>NO</b>
Indicare ulteriori altre informazioni utili al servizio: _____ _____ _____	

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DELEGA AL RITIRO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore/tutore del minore \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

al ritiro del/della proprio/a figlio/a le seguenti persone:

COGNOME E NOME	Grado di parentela o altro
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Allegare fotocopia dei documenti d'identità (inclusi quelli dei genitori) ai fini di riconoscimento

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



# ISCRIZIONE LA TRIBU' WACHITU' 2024

Centro estivo in natura – Canale di Pergine



RICHIESTA DATI PER FATTURAZIONE da compilare e restituire insieme alla domanda

Intestatario fattura:

Cognome e nome: .....

Luogo di nascita:.....

Data di nascita:.....

Codice Fiscale:.....

Indirizzo:.....

.....

n.telefono:.....

mail (per invio fatture):.....

pec (per invio fattura elettronica):.....

Firma:.....

**CS4 Cooperativa Sociale**

Via Dosseti 8, 38057, Pergine Valsugana – TN

Tel. 0461/1755550 | Fax. 0461/1755569 | [cs4@cs4.it](mailto:cs4@cs4.it) | [cs4@pec.cs4.it](mailto:cs4@pec.cs4.it) | [www.cs4.coop](http://www.cs4.coop)

*Trib. di Trento Sub. N. 16417 C.F. e P.IVA 01211810229 C.C.I.A.A. n. 122777 Sede nel Comune di Pergine Vals. Iscriz. Albo delle Cooperative nr. 4157562*