|  |
| --- |
| **MODULO DI ISCRIZIONE****IL CAMPUS** **Autonomia e Sostenibilità 2024** |
| Il presente modulo deve essere spedito scansionato tramite email a servizi@ftsa.it con allegata copia del bonifico bancario |
| **DATI DEL GENITORE O DI CHI ESERCITA LA PATRIA POTESTÀ SUL MINORENNE*****SI RACCOMANDA DI SCRIVERE CHIARO E LEGGIBILE*** |
| COGNOME | NOME |
| LUOGO NASCITA | DATA NASCITA |
| RESIDENTE IN VIA | CAP | CITTÀ | PROVINCIA |
| Documento di identità | n. | Rilasciato da | il |
| ***Allegare DOCUMENTO IDENTITÀ e TESSERA SANITARIA del GENITORE (per fattura, che sarà intestata al genitore che sottoscrive il presente modulo)*** |
| CELLULARE MAMMA | CELLULARE PAPÀ |
| TELEFONO CASA | TELEFONO UFFICIO | TELEFONO NONNI |
| E-MAIL (stampato) |
| Ho già effettuato un’iscrizione alle settimane verdi in anni precedenti: | si | no |
| Ho conosciuto Il Campus tramite: * Sito internet
* Depliant
 | * Facebook
* Passaparola
* Altro
 |
| **DESIDERO ISCRIVERE MIO/A FIGLIO/A oppure mio/mia**  |
| COGNOME | NOME |
| NATO A | PROVINCIA | IL |
| RESIDENZA (indirizzo completo) |
| Al Soggiorno Il Campus dal 2 al 5 settembre 2024 |
| **Luogo e data** | **Firma del genitore** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE** |
| **DICHIARO CHE IL MINORE:** |
| COGNOME | NOME |
| ISCRITTO ALLA SETTIMANA VERDE n. |
| È in stato di buona salute ed è in grado di poter svolgere le attività proposte durante la settimana verde:alloggio in ostello, trekking, escursioni a piedi, giochi natura, laboratori creativi e manuali, attività sportive (piscina, tennis, calcetto) |
| **DATI SANITARI** |
| MEDICO CURANTE: TEL: |
| **ALLERGIE** |
|  | *Specificare allergia* | *Cura farmacologica* |
| □ | FARMACI |  |  |
| □ | POLLINI |  |  |
| □ | POLVERI |  |  |
| □ | MUFFE |  |  |
| □ | PUNTURE INSETTO |  |  |
| **INTOLLERANZA ALIMENTARE** |
| A: | CIBI DA EVITARE: |
| **ALTRE SEGNALAZIONI****(particolarità come frequente mal di testa, paura del buio, apparecchio denti ecc..) EVENTUALI RICHIESTE DI MODIFICHE AL MENÙ** |
|  |
| **AUTORIZZO gli operatori della Ftsa****a somministrare i seguenti farmaci durante IL CAMPUS (**crocettare**)** |
| FEBBRE ALTA | □ TACHIPIRINA 250 500 1000 □ NUROFEN □ ALTRO |
| MAL DI TESTA | □ TACHIPIRINA 500 | □NUROFEN | □ ALTRO |
| **FORTE REAZIONE ALLERGICA A PUNTURA DI****IMENOTTERO** (vespa, ape, calabrone) | □ Bentelan |
| FARMACI SPECIFICI |  |

|  |
| --- |
| **SEGNALO CHE IL MINORE ISCRITTO HA LA SEGUENTE CAPACITÀ DI NUOTARE** |
| * Non sa stare a galla
 | * Sa stare a galla ma non sa nuotare
 | * Sa stare a galla e sa nuotare da principiante
 | * Sa nuotare bene
 |
| **DICHIARO** |
| * che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo la Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa e gli operatori addetti a seguire i ragazzi, da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo**.**
* di essere a conoscenza del fatto che gli operatori della Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa in servizio pur essendo qualificati dal punto di vista educativo - didattico – ricreativo e pur essendoci operatori che hanno effettuato il corso di primo soccorso, non hanno specifiche competenze medico – infermieristiche;
* di esonerare la Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa, nonché personalmente, i singoli operatori addetti a seguire i ragazzi, da ogni responsabilità in merito all’insorgere, a causa della puntura di un insetto, di una patologia da shock anafilattico, nonostante le precauzioni adottate da detti operatori per evitare una simile eventualità (estrarre il pungiglione, applicare ghiaccio e pomata sull’area coinvolta dalla puntura, eventuale somministrazione di bentelan per bocca, chiamare il 118).
 |
| **DOCUMENTI DA ALLEGARE** |
| **FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL GENITORE FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA O CODICE FISCALE DEL GENITORE****FOTOCOPIA TESSERA SANITARIA DEL MINORE** | **SI PRECISA CHE***Le informazioni contenute nel presente modulo saranno custodite dalla fondazione territori sociali Altavaldelsa nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sulla riservatezza dei dati personali* |

|  |
| --- |
| * **Dichiaro di aver preso visione del programma di attività del - IL CAMPUS**
 |
| * **Autorizzo gli organizzatori:**

a effettuare delle foto al/lla proprio/a figlio/a durante le attività e in gruppo.Le foto scattate non verranno utilizzate dalla Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa, ma solo spedite come ricordo ai genitori.Le foto dove risultano non riconoscibili e o identificabili i bambini potranno essere inserite nei nostri sistemi di comunicazione (Facebook, Instagram, sito web: www.ftsa.it) |

|  |
| --- |
| **MODALITÀ DI PAGAMENTO** |
|  |
| **150€** sul c/c intestato a FONDAZIONE TERRITORI SOCIALI ALTAVALDELSA - CF 01134140522 mediante bonifico bancario su Banca Monte dei Paschi di Siena**IBAN: IT05 U 01030 71940 000063232878****Causale: “Il CAMPUS” - NOME e COGNOME DEL BAMBINO/A** |
| **Luogo e data** | **Firma del genitore** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **INFORMATIVA EX. ART. 13 D. LGS. 196/2003 e Regolamento UE n.679/2016** |
| Gentile Signore/a,Desideriamo informarLa che il D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (**“Codice in materia di protezione dei dati personali”**) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:1. I dati da Lei forniti o che le saranno richiesti in seguito, anche sensibili, verranno trattati in relazione ad esigenze contrattuali ed ai conseguenti adempimenti degli obblighi legali e fiscali, nonché per consentire una efficace gestione dei rapporti contrattuali e finanziari . I dati verranno trattati per tutta la durata del rapporto ed anche successivamente, per l’espletamento di obblighi di legge e per finalità amministrative e commerciali.
2. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità manuale su supporto cartaceo ed informatizzata su supporto elettronico.
3. Il conferimento dei dati è obbligatorio al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria, ovvero da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo e l'eventuale rifiuto a fornirli potrebbe comportare la mancata o parziale esecuzione del contratto/la mancata prosecuzione del rapporto.
4. I dati non saranno oggetto di diffusione mentre potranno essere comunicati a:
* soggetti che possono accedere ai dati in forza di disposizione di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme;
* soggetti che hanno la necessità di accedere ai suoi dati o a quelli dei minorenni sui quali esercita la patria potestà, per finalità ausiliarie al rapporto che intercorre tra lei e noi, nei limiti strettamente necessari per svolgere i compiti ausiliari loro affidati;
* soggetti che provvedono alla elaborazione di dati per fatturazione, scritture e registrazioni contabili obbligatorie, archiviazione, gestione della corrispondenza ecc.;
* soggetti che provvedono all’esecuzione di operazioni e servizi connessi all’attività della Fondazione.
1. Il titolare del trattamento è la Fondazione Territori Sociali Altavaldelsa
2. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.Lgs.196/2003, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:
 | Decreto Legislativo n.196/2003, Art. 7 - Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
	1. dell'origine dei dati personali;
	2. delle finalità e modalità del trattamento;
	3. della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
	4. degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
	5. dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
	1. l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
	2. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
	3. l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
	1. per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
	2. al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

La preghiamo quindi di volere esprimere il Suo consenso scritto al/i predetto/i trattamenti/i e alle conseguenti possibili comunicazioni e/o diffusioni, nonché il Suo impegno a comunicarci tempestivamente le eventuali variazioni dei dati in nostro possesso, facendoci pervenire con cortese sollecitudine copia della presente sottoscritta per accettazione e conferma.Poggibonsi li:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Il TitolareFondazione Territori Sociali Altavaldelsa Direttore Generale Nicoletta Baracchini |
| **CONSENSO DELL’INTERESSATO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI** |
| IL SOTTOSCRITTO: |
| pienamente informato/a ai sensi dell’art. 13 del D.Lgs. 196/2003 sul trattamento dei dai personali, ai sensi dell’art. 23 e Regolamento UE n.679/2016 dello stesso: |
| □ ESPRIME IL CONSENSO | □ NEGA IL CONSENSO |
| Esprime altresì il suo impegno a comunicare tempestivamente le eventuali rettifiche, variazioni e/o integrazioni dei dati in Vostro possesso. |
| **Luogo e data** | **Firma del genitore** |
|  |  |