|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **MODULO DI ISCRIZIONE**  **IL CAMPUS**  **Autonomia e Sostenibilità 2024** | | | | | | | | | | | | |
| Il presente modulo deve essere spedito scansionato tramite email a francesca.mori[@ftsa.it](mailto:settimaneverdi@gmail.com)  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 1 al 5 settembre 2025 – fascia di età 8 anni – 11 anni | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | |
|  |  | Al Soggiorno Il Campus dal 8 al 12 settembre 2025 – fascia di età 12 anni – 14 anni | | | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | | | |
| **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) |

|  |  |
| --- | --- |
| **QUOTE E MODALITÀ DI PAGAMENTO** | |
|  | |
| * **280 € Quota di partecipazione base** * **se si partecipa con il proprio fratello o sorella, la quota di partecipazione è 250 € a bambino/a** * **se con ISEE inferiore a € 15.000,00, la quota di partecipazione è 200 €** * **se il bambino o la bambina ha partecipato alla prima edizione de ILCAMPUS 2024, la quota di partecipazione è 200 €**   La Quota di partecipazione è da versare 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 CAMPUS2025” - 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 diritti   1. 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 Titolare  Fondazione 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** |
|  |  |