



COLONIA DIURNA IN VIGOLANA 2018

INFORMAZIONI GENERALI

ZONA TERRITORIALE: Comunità Alta Valsugana e Bersntol
SEDE DI RIFERIMENTO: Centro Rombo – Altopiano della Vigolana
PERIODO DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO: 2 LUGLIO – 10 AGOSTO 2018
DESTINATARI: bambini e ragazzi dai 6 agli 11 anni

ORARIO DEL SERVIZIO: DAL LUNEDI' AL VENERDI'

| FASCIA ORARIA | ORARIO | COSTO SETTIMANALE | SCONTI |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------------|--|
| ANTICIPO <u>O</u> POSTICIPO | 07.30-8.30 o 16.30-17.30 | €. 20,00 | Per 2°figlio € .130.00 Per 3°figlio € .100.00 |
| ORDINARIA | 08.30-16.30 | € .145.00 | |
| POSTICIPO <u>E</u> ANTICIPO | 16.30-17.30 e 7.30-8.30 | €. 30.00 | |
| Pranzo incluso dal lunedì al venerdì | | | |

Le domande di iscrizione devono essere presentate entro il 18 maggio presso il C.A.G. ambito territoriale 2 via F.Filzi,2 Altopiano della Vigolana, Tel. 3423822326 mail. cag.altavalsugana2@appm.it

Ciascuna settimana di colonia sarà attivata solo a fronte di un **minimo di 10 iscritti**.

COME PAGARE

La quota complessiva per le settimane scelte dovrà essere saldata esclusivamente tramite bonifico bancario **entro e non oltre il 25 maggio 2018**. Qualora non venga rispettato tale termine l'iscrizione sarà considerata nulla.

Estremi per il pagamento:

Associazione Provinciale Per i Minori

IBAN: IT55D0830401807000007351908

Causale: **Estate Vigolana, codice 58 nome figlio/a**

BUONI DI SERVIZIO

Si segnala che esiste la possibilità di usufruire dei Buoni di Servizio, cofinanziati dal Programma Operativo Fondo Sociale Europeo 2014/2020 della Provincia Autonoma di Trento. Per ulteriori informazioni è possibile contattare la dott.ssa Paola Scarnato, referente per i buoni di servizio dell'Associazione Provinciale per i Minori, allo 0461/829896.





MODULO DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a (*dati del genitore/tutore*)

| | |
|--------------|---------|
| Cognome: | Nome: |
| nato/a a: | il: |
| residente a: | in via: |
| telefono: | email: |

chiede l'iscrizione di:

(*dati del primo figlio*)

| | |
|-----------|-------|
| Cognome: | Nome: |
| nato/a a: | il: |

alle seguenti settimane

| | | | |
|-------------------|-------------|--------------|--------------|
| 2-6 luglio | 9-13 luglio | 16-20 luglio | 23-27 luglio |
| 30 luglio-3agosto | 6-10 agosto | | |

nella fascia oraria

| | |
|-----------------------------|--|
| ordinaria (08.30-16.30) | con anticipo (07.30-16.30) |
| con posticipo (08.30-17.30) | con anticipo e posticipo (07.30-17.30) |

(*dati del secondo figlio*)

| | |
|-----------|-------|
| Cognome: | Nome: |
| nato/a a: | il: |

alle seguenti settimane

| | | | |
|-------------------|-------------|--------------|--------------|
| 2-6 luglio | 9-13 luglio | 16-20 luglio | 23-27 luglio |
| 30 luglio-3agosto | 6-10 agosto | | |

nella fascia oraria

| | |
|-----------------------------|--|
| ordinaria (08.30-16.30) | con anticipo (07.30-16.30) |
| con posticipo (08.30-17.30) | con anticipo e posticipo (07.30-17.30) |



(dati del terzo figlio)

| | |
|-----------|-------|
| Cognome: | Nome: |
| nato/a a: | il: |

alle seguenti settimane

| | | | |
|-------------------|-------------|--------------|--------------|
| 2-6 luglio | 9-13 luglio | 16-20 luglio | 23-27 luglio |
| 30 luglio-3agosto | 6-10 agosto | | |

nella fascia oraria

| | |
|-----------------------------|--|
| ordinaria (08.30-16.30) | con anticipo (07.30-16.30) |
| con posticipo (08.30-17.30) | con anticipo e posticipo (07.30-17.30) |



IL/LA SOTTOSCRITTO/A DICHIARA

- di aver preso visione della nota informativa dell'iniziativa;
- di essere a conoscenza che l'autorizzazione a partecipare alla predetta iniziativa è assunta in accordo con eventuali altri esercenti la potestà del minore;
- che si intendono richiedere i Buoni di Servizio alla Provincia Autonoma di Trento;

SI

NO

Se si indicare il monte orario settimanale della mamma: _____

- di impegnarsi a rispettare gli orari fissati nella fascia prescelta;
- di autorizzare le uscite esterne del/dei proprio/i figlio/i (a piedi, con il pullman o altro mezzo di trasporto);
- di impegnarsi a comunicare entro le ore 9.00 del mattino l'eventuale assenza del minore.

DI ESSERE A CONOSCENZA CHE L'ASSOCIAZIONE PROVINCIALE PER I MINORI ONLUS

- si riserva la facoltà di non procedere alla realizzazione di iniziative per le quali non venga raggiunto almeno 10 iscritti;
- nel caso in cui l'iscritto si trovasse nell'impossibilità di partecipare all'iniziativa, prevede il rimborso della quota versata nella seguente misura:
 - o 80% per ritiri entro il 7 giugno 2017;
 - o 50% per ritiri entro il venerdì precedente il turno settimanale di riferimento;
 - o nessun rimborso per ritiri successivi (80% in caso di presentazione di certificato medico);
 - o nessun rimborso a chi non si presenta all'iniziativa o a chi interrompe la frequenza alla stessa;

ESPRIME IL CONSENSO

a ricevere da parte dell'Associazione Provinciale per i Minori Onlus materiale informativo e promozionale riguardante future iniziative dell'ente tramite email.

SI

NO

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003

Si informa che i dati personali conferiti con la presente iscrizione saranno trattati con modalità cartacee e telematiche nel rispetto della vigente normativa e dei principi di correttezza, liceità, trasparenza e riservatezza; in tale ottica i dati forniti, ivi incluso il ritratto contenuto nelle immagini suindicate, verranno utilizzati per le finalità strettamente connesse e strumentali alle attività come indicate nella su estesa liberatoria. Il conferimento del consenso al trattamento dei dati personali è facoltativo. In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati dall'articolo 7 del D. Lgs. n. 196/2003, in particolare la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati. Tali diritti potranno essere esercitati inviando comunicazione scritta. Si comunica infine che la scrivente Associazione è titolare dei dati e che il dott.ass.soc Paolo Cavagnoli è il responsabile del trattamento degli stessi.

DATA

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE





LIBERATORIA PER L'UTILIZZO DELLE IMMAGINI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A *(dati del genitore/tutore)*

| | |
|--------------|---------|
| Cognome: | Nome: |
| nato/a a: | il: |
| residente a: | in via: |
| telefono: | email: |

GENITORE/TUTORE DEL MINORE *(dati del 1° figlio)*

| | |
|--------------|---------|
| Cognome: | Nome: |
| nato/a a: | il: |
| residente a: | in via: |

GENITORE/TUTORE DEL MINORE *(dati del 2° figlio)*

| | |
|--------------|---------|
| Cognome: | Nome: |
| nato/a a: | il: |
| residente a: | in via: |

GENITORE/TUTORE DEL MINORE *(dati del 3° figlio)*

| | |
|--------------|---------|
| Cognome: | Nome: |
| nato/a a: | il: |
| residente a: | in via: |

AUTORIZZA

A titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 cod.civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore, alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma di immagini e video del minore sul sito internet dell'Associazione Provinciale per i Minori Onlus, su carta stampata e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione, nonché autorizza la conservazione delle foto e dei video stessi negli archivi informatici dell'Ente e prende atto che la finalità di tali pubblicazioni sono meramente di carattere informativo e documentale, ed eventualmente promozionale.

La presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare via posta comune o e-mail.

DATA

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE





IL/LA SOTTOSCRITTO/A (*dati del genitore/tutore*)

| | |
|----------|-------|
| Cognome: | Nome: |
|----------|-------|

COMUNICA

ALLERGIE AGLI ALIMENTI

- che il proprio figlio/figlia non è allergico ad alcun alimento.
 che il proprio figlio/figlia è allergico ai seguenti alimenti (si allega certificato medico):

INTOLLERANZE ALIMENTARI

- che il proprio figlio/figlia non è intollerante ad alcun alimento.
 che il proprio figlio/figlia è intollerante ai seguenti alimenti (si allega certificato medico):

AUTORIZZA

le seguenti persone a ritirare il minore presso la sede ove si svolge la colonia estiva:

| Cognome e Nome | Data di nascita | Luogo di nascita |
|----------------|-----------------|------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

(le persone autorizzate dovranno esibire carta d'identità o altro idoneo documento identificativo)

AUTORIZZA

Il proprio figlio a rientrare a casa da solo, assumendosene in toto ogni responsabilità.

SI NO

DATA

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE

