



Allegato A - Modello di domanda

**AL Responsabile Settore II COMUNE DI
SCAFATI**

OGGETTO: DOMANDA DI ISCRIZIONE AI CENTRI ESTIVI 2021 RIVOLTI A BAMBINI DI ETÀ COMPRESA FRA 3 E 14 ANNI

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/aa _____ il _____ C.F. _____

residente in _____ alla Via/corso/piazza _____ n. _____

Tel. _____ Cell _____ e-mail _____

genitore e/o esercente la responsabilità genitoriale del/dei minore/i:

(cognome e nome) _____ nato a _____ il _____

(cognome e nome) _____ nato a _____ il _____

(cognome e nome) _____ nato a _____ il _____

(cognome e nome) _____ nato a _____ il _____

CHIEDE

di partecipare all'avviso pubblico per l'individuazione dei beneficiari dei Centri estivi 2021 per minori dai 3 ai 14 anni e richiede l'iscrizione dei seguenti minori:

NOME	COGNOME	ETA'	N. SETTIMANE RICHIESTE

A tal fine, sotto la propria personale responsabilità ai sensi degli artt. 44, 45 e 76 del D.P.R. 445 consapevole delle sanzioni civili, penali ed amministrative in caso di dichiarazioni false, mendaci o incomplete,

DICHIARA

Ai sensi degli articoli 46 e 47 del D.P.R.445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.76 e delle conseguenze previste dall'art.75 del medesimo D.P.R., per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci:

di trovarsi nelle condizioni personali, familiari e di seguito elencati ovvero:

(barrare e completare il campo di pertinenza)

essere residente nel Comune di Scafati;

che il proprio nucleo familiare è composta da n. _____ componenti, come di seguito specificato (indicare max 5 componenti):

NOME _____ Cognome _____ C.Fiscale _____



che nel proprio nucleo familiare sono presenti n. _____ minori,

NOME	COGNOME	ETA'	C.F.

di possedere un ISEE in corso di validità pari a € _____;

DICHIARA ALTRESÌ

1. che nessuno dei richiedenti la partecipazione ha avuto nelle ultime due settimane sintomi di infezione alle vie respiratorie (tosse, raffreddore o difficoltà respiratorie), temperatura corporea (febbre) superiore a 37,5 °C, o altri sintomi riconducibili all'infezione da Covid 19 (dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)

2. che nessuno dei richiedenti la partecipazione manifesta attualmente sintomi di infezione alle vie respiratorie (tosse,raffreddore o difficoltà respiratorie), temperatura corporea (febbre) superiore a 37,5 °C, o altri sintomi riconducibili all'infezione da Covid 19 (dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)

3. che nessuno dei richiedenti la partecipazione è a conoscenza di aver avuto nelle ultime due settimane (14 giorni) contatti con soggetti positivi al Coronavirus Covid19.

4. che nessuno dei richiedenti la partecipazione è sottoposto a regime di isolamento domiciliare (quarantena)

5. che tutti i richiedenti la partecipazione accettano le misure di prevenzione al contagio Covid 19, con la consapevolezza che in caso di violazione di una sola di esse potranno essere esclusi dall'attività sociale

6. che il richiedente o il familiare _____ è affetto dalla seguente patologia respiratoria _____

7. che il richiedente si impegna a informare tempestivamente l'Ente organizzatore qualora nei giorni a venire(14 giorni) si manifestino, per lui o per i famigliari partecipanti, sintomi riconducibili al contagio (febbre, tosse, raffreddore, sintomi influenzali, difficoltà respiratorie ecc.) in modo da poter avvisare, sempre nel rispetto della privacy di tutti, gli altri partecipanti all'attività sociale.

Il/La sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che tutto quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civile e penali di una falsa dichiarazione, anche e soprattutto in relazione al rischio di contagio durante l'attività sociale (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Luogo e Data Firma.....

Si ricorda che saranno effettuati controlli finalizzati a verificare la veridicità dei requisiti autocertificati ai sensi della normativa vigente (art. 76 D.P.R. 445/2000).

Allegati (barrare la casella corrispondente):

- copia fronte/retro della carta d'identità in corso di validità del richiedente;
- certificazione ISEE dell'anno in corso di validità rilasciata da soggetto abilitato secondo la normativa vigente



INFORMATIVA A TUTELA DELLA RISERVATEZZA DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. N. 196/2003 si porta a conoscenza dei richiedenti il voucher sociale che:

1. i dati personali dell'interessato contenuti nella presente domanda saranno trattati per consentire l'espletamento della pratica amministrativa. I dati stessi verranno conservati negli archivi del Comune di Scafati secondo le vigenti disposizioni in materia;
2. il conferimento dei dati è necessario e, in caso di rifiuto, sarà impossibile istruire regolarmente la pratica con la conseguente esclusione dal beneficio;
3. i dati saranno trattati esclusivamente da personale e da organi interni al Comune di Scafati con riferimento al procedimento amministrativo e potranno essere scambiati tra i predetti Enti o comunicati al Ministero delle Finanze, alla Guardia di Finanza e alle Amministrazioni certificanti per i controlli previsti dalla legge e dai regolamenti comunali;
4. il richiedente il voucher sociale, ai sensi dell'art. 7 del d. lgs. n. 196/2003, ha diritto di ottenere, a cura del titolare o del responsabile, senza ritardo, l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati;
5. il titolare del trattamento dei dati è il Comune di Scafati, nonché il Responsabile del soggetto proponente.

Luogo, data _____

Firma del dichiarante _____