COMUNE DI BERGAMO

Al comune di

Comune di Bergamo

Ufficio destinatario

Servizi sociali a favore di minori, anziani, adulti e famiglie

Domanda di iscrizione al centro ricreativo estivo diurno per minori

La/Il sottoscritta/o

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data Nascita | **Sesso** | **Luogo Nascita** | **Cittadinanza**

Residenza

Provincia | **Comune** | **Indirizzo** | **Civico** | **CAP**

Telefono casa | **Telefono cellulare** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata (domicilio digitale)**

domiciliazione delle comunicazioni relative al procedimento

(articolo 3-bis, comma 4-quinquies del Decreto Legislativo 07/03/2005, n. 82)

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni relative al procedimento trasmesse dall'Amministrazione vengano inviate al seguente indirizzo di posta elettronica

CHIEDE

l'iscrizione al centro ricreativo estivo comumale, per il periodo dal 21 luglio 2025 al 14 agosto 2025,per il seguente minore:

per il minore

Cognome | **Nome** | **Codice Fiscale**

Data di nascita | **Sesso** | **Luogo di nascita** | **Cittadinanza**

Telefono cellulare | **Telefono fisso** | **Posta elettronica ordinaria** | **Posta elettronica certificata**

Orario frequenza

- ☐ normale
- ☐ anticipato
- ☐ posticipato

Condizioni particolari

da non usare per presentazione cartacea

☐ disabilita

☐ diete speciali

Specificare allergie, intolleranze alimentari, disgusti

e a tal fine, valendosi della facoltà prevista dall'articolo 46 e dall'articolo 47 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del Decreto del Presidente della Repubblica 28/12/2000, n. 445 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti,

DICHIARA

Nucleo familiare

☐ che il nucleo familiare è composto dal seguente numero

(compreso il dichiarante)

Dati anagrafici componenti nucleo familiare

Cognome	Nome	Codice Fiscale	Rapporto di parentela

N° 2 Cognome	Nome	Codice fiscale	Parentela

N° 3 Cognome	Nome	Codice fiscale	Parentela

N° 4 Cognome	Nome	Codice fiscale	Parentela

N° 5 Cognome	Nome	Codice fiscale	Parentela

N° 6 Cognome	Nome	Codice fiscale	Parentela

N° 7 Cognome	Nome	Codice fiscale	Parentela

N° 8 Cognome	Nome	Codice fiscale	Parentela

N° 9 Cognome	Nome	Codice fiscale	Parentela

Assistenza sanitaria

☐ che il minore è seguito dal servizio di neuropsichiatria infantile

Struttura sanitaria*	Medico referente

Recapito medico referente

**da non indicare se il minore è seguito da uno specialista privato*

☐ che il minore necessita di un assistente educatore a tempo pieno

☐ che il minore è titolare di invalidità civile, nella misura del

Rinuncia e pagamento

☑ di impegnarsi a versare la quota prevista per la retta di frequenza entro l'inizio del CRED

☑ di essere a conoscenza che il mancato pagamento della retta di frequenza entro la data prevista comporta la decadenza della iscrizione

da non usare per presentazione cartacea

- [x] di essere consapevole che la retta d'iscrizione sarà inviata all'indirizzo mail indicato nella domanda
- [x] di impegnarsi a comunicare eventuali variazioni o la rinuncia al posto tramite apposita comunicazione dallo sportello telematico polifunzionale
- [x] di essere a conoscenza che la rinuncia alla frequenza comunicata successivamente alla data di inizio del CRE non dà diritto ad alcun rimborso della retta di frequenza
- [x] di essere a conoscenza che in caso di mancata frequenza per cause non imputabili all'amministrazione comunale, non sarà effettuato alcun rimborso da parte dell'amministrazione comunale

Requisiti

- [x] di avere i requisiti per accedere al servizio e di aver letto le informazioni allegate alla domanda sui criteri di ammissione al servizio

Elenco degli allegati

(barrare tutti gli allegati richiesti in fase di presentazione della pratica ed elencati sul portale)

- [ ] copia del documento d'identità *(da allegare se il modulo è stato compilato con il supporto dell'assistenza)*
- [ ] copia della certificazione medica per dieta speciale *(da allegare se il minore ha bisogno di dieta speciale)*
- [ ] copia della diagnosi medica per disabilità *(da allegare se il minore è disabile)*
- [ ] altri allegati (specificare)

Informativa sul trattamento dei dati personali

(ai sensi del Regolamento Comunitario 27/04/2016, n. 2016/679 e del Decreto Legislativo 30/06/2003, n. 196)

- [ ] dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali pubblicata sul sito internet dell'Amministrazione destinataria, titolare del trattamento delle informazioni trasmesse all'atto della presentazione dell'istanza.
- [ ] con la sottoscrizione della presente istanza acconsento al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa

Bergamo		
Luogo	**Data**	**Il dichiarante**

da non usare per presentazione cartacea