**COMUNE DI GAVIGNANO**

**DATI UTENTE**

Cognome…………………………………………………… Nome………………………………………………………………………………….. Codice fiscale……………………………………………………….. sesso M F  Data di nascita………………………………… Comune di nascita……………………………………………………… cittadinanza…………………………………………………………. Indirizzo……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Comune di residenza…………………………………………………………………….. CAP………………………………………………….. Scuola e classe di provenienza…………………………………………………………………………………………………………………..

Il minore| il nucleo familiare è seguito dai servizi sociali si  no 

**DATI DEL RICHIEDENTE**

In qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore in quanto:  genitore  tutore  affidatario

Cognome…………………………………………………… Nome………………………………………………………………………………….. Codice fiscale……………………………………………………….. sesso M F  Data di nascita………………………………… Comune di nascita……………………………………………………… cittadinanza…………………………………………………………. Indirizzo……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Comune di residenza…………………………………………………………………….. CAP………………………………………………….. Telefono…………………………………………………………… Mail………………………..……………………………………………………..

**GENERALITA’ DELL’ALTRO GENITORE/TUTORE**

Cognome…………………………………………………… Nome………………………………………………………………………………….. Codice fiscale……………………………………………………….. sesso M F  Data di nascita………………………………… Comune di nascita……………………………………………………… cittadinanza…………………………………………………………. Indirizzo……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Comune di residenza…………………………………………………………………….. CAP………………………………………………….. Telefono…………………………………………………………… Mail………………………..……………………………………………………..

**INDICARE SE:**

**Il bambino/a soffre di allergie** si  no 

Se sì indicare quali ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Il bambino/a soffre di patologie gravi** si  no 

Se sì indicare quali ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Il bambino/a è in situazioni di handicap certificato** si  no 

Se sì allegare copia certificato.

**SI RICHIEDE L’ISCRIZIONE AL CENTRO ESTIVO PER LA SETTIMANA:**

DAL 7 AL 11 LUGLIO 2025 

DAL 14 AL 18 LUGLIO 2025 

DAL 21 AL 25 LUGLIO 2025 

**DELEGA RITIRO BAMBINO|A**

I sottoscritti genitori………………………………………………………………………………………………………………………… del bambino/a …………………………………………………………………………………………………………………………………

Autorizzano le seguenti persone al ritiro del proprio bambino/a per l’intera durata del centro estivo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome e Cognome**  | **Grado di parentela** | **Recapito**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**IL PAGAMENTO DOVRA’ ESSERE EFFETTUATO TRAMITE BONIFICO AL SEGUENTE IBAN: IT 69 B 08327 39430 000000621525 - BCC DI ROMA**

**Allegare:**

* **FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA’**
* **RICEVUTA DEL PAGAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE (PER ACCETTAZIONE RICHIESTA)**

**Gavignano, ………………………**

**Firma del richiedente**