

**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