



# COMUNE DI LAVENO MOMBELLO

Provincia di Varese

Via Roma 16/A – 21014 Laveno Mombello

Tel. (0332) 625527 - 525 – Fax (0332) 626042 – Codice Fiscale/Partita I.V.A. 00213100126

## Modulo di prenotazione Centro estivo 2020

Parte la cui compilazione è di competenza dell'ufficio dei Servizi Socioeducativi

Domanda n. \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_ Punteggio \_\_\_\_\_

### Dati personali del bambino/a

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Il bambino/a è iscritto alla scuola dell'Infanzia di \_\_\_\_\_

Barrare il gruppo di appartenenza del bambino/a nell'anno scolastico appena trascorso:

piccoli

medi

grandi

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(nome e cognome di un genitore)

recapito telefonico \_\_\_\_\_

e-mail\* \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

\*si chiede cortesemente di scrivere il proprio indirizzo di posta elettronica in modo leggibile così da consentire l'invio di eventuali comunicazioni urgenti tramite email

### CHIEDE

di iscrivere il proprio bambino/a alle attività estive organizzate dal comune di Laveno Mombello per i bambini della scuola dell'infanzia per l'estate 2020

### A TAL FINE DICHIARA:

Compilazione a cura dei genitori. Barrare le voci alle quali si è interessati)

CONDIZIONI DEL NUCLEO FAMILIARE*		PUNTEGGIO
Famiglie con particolari situazioni sociali e/o sanitarie	<input type="checkbox"/> Invalidità del 100% di un genitore, o di un altro figlio, che necessita di assistenza continua, e che non è ospitato in strutture protette	
	<input type="checkbox"/> Famiglie monogenitoriali	

<b>Genitori non coabitanti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• genitore che è domiciliato (durante la settimana, o per periodi protratti di tempo) altrove rispetto alla residenza del nucleo familiare, per motivi professionali</li> <li>• genitori non coabitanti perché separati</li> </ul>	
<b>Carico familiare:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fratelli/ sorelle o parenti in linea retta entro il 2° grado conviventi con invalidità certificata sopra i 2/3</li> </ul>	

<b>MADRE</b>			<b>PUNTEGGIO</b>
<b>LAVORO</b>	<b>Monte ore settimanale</b>	• a tempo pieno	
		• a part time	
	<b>Tipologia di attività lavorativa</b>	• Comprovata impossibilità di usufruire di forme di lavoro a distanza (lavoro agile)	
		• Impiego presso ospedali e/o strutture sanitarie residenziali	

<b>PADRE</b>			<b>PUNTEGGIO</b>
<b>LAVORO</b>	<b>Monte ore settimanale</b>	• a tempo pieno	
		• a part time	
	<b>Tipologia di attività lavorativa</b>	• Comprovata impossibilità di usufruire di forme di lavoro a distanza (lavoro agile)	
		• Impiego presso ospedali e/o strutture sanitarie residenziali	

<b>FAMIGLIE MONOGENITORIALI</b>			<b>PUNTEGGIO</b>
<b>LAVORO</b>	<b>Monte ore settimanale</b>	• a tempo pieno	
		• a part time	
	<b>Tipologia di attività lavorativa</b>	• Comprovata impossibilità di usufruire di forme di lavoro a distanza (lavoro agile)	
		• Impiego presso ospedali e/o strutture sanitarie residenziali	

\*Potrà essere richiesta la documentazione comprovante stati, fatti e condizioni dichiarati.

Indicare i moduli di frequenza ai quali si intende iscrivere il proprio bambino/a:

<b>Periodo di iscrizione:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1° modulo: 6 – 17 luglio</li> <li>• 2° modulo: 20 – 31 luglio</li> <li>• 3° modulo: 3 – 14 agosto</li> <li>• 4° modulo: 24 – 28 agosto</li> </ul>
--

	<b>PUNTEGGIO</b>
<b>Frequenza a più moduli consecutivi</b>	1° e 2° modulo
	1°, 2°, 3° modulo
	Tutti i moduli

**ATTENZIONE!**

1. La presente domanda rappresenta a tutti gli effetti un'iscrizione a seguito della quale (se il bambino/a verrà ammesso a partecipare alle attività) verrà emessa apposita fattura. Eventuali motivati ritiri andranno comunicati tempestivamente in forma scritta all'ufficio dei servizi sociali. Diversamente, anche in caso di mancata frequenza alle attività la retta di frequenza andrà comunque saldata.
2. Le segnalazioni riguardo a eventuali allergie alimentari (o altro) del proprio bambino/a andranno indicate di seguito e comprovate tramite apposita certificazione medica.  
\_\_\_\_\_
3. Le richieste di diete speciali per motivi etico- religiosi andranno indicate di seguito:  
\_\_\_\_\_
4. si chiede gentilmente di segnalare se il proprio bambino/a è abituato al sonnellino pomeridiano, così da poter predisporre uno spazio adeguato per il riposino  
\_\_\_\_\_

**Il sottoscritto allega alla presente:**

- il PATTO TRA L'ENTE GESTORE E LE FAMIGLIE, circa le misure organizzative, igienico sanitarie e ai comportamenti individuali volti al contenimento della diffusione del contagio da Covid 19 (Allegato A, Regione Lombardia, ordinanza 555 del 29.05.2020);
- la DELEGA per le uscite;
- la LIBERATORIA per uso immagini

e si impegna a compilare L'AUTODICHIARAZIONE CIRCA LE CONDIZIONI DI SALUTE DEL PROPRIO BAMBINO/A, al momento dell'avvio della frequenza al centro estivo (Allegato B, Regione Lombardia, ordinanza 555 del 29.05.2020)

*Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali e del GDPR (regolamento UE 2016/679)*

Data di consegna

\_\_\_\_\_

Firma entrambi i genitori

mamma \_\_\_\_\_

papà \_\_\_\_\_