



Sede operativa:

via Garibaldi 218 Villanova di Guidonia 00012 (RM)

C.F. 94072160586

associazione.iltrifoglio@gmail.com

**Contatti: 338 1648769/ 349 2243175**

## DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO ORDINARIO PER UN MINORE DI ETÀ

I sottoscritti (padre)..... nato a ..... il .....

e (madre)..... nata a.....  
..... il.....

residenti a ..... in Via ..... n°.....

Tel..... Cell.....

Email.....

genitori del minore..... nato a.....  
..... il.....

nella qualità di esercenti la potestà genitoriale chiedono l'iscrizione del minore a Socio Ordinario dell'Associazione sopra meglio specificata e dichiarano di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento dell'Associazione nonché dello Statuto e dei Regolamenti e di accettarli integralmente e incondizionatamente e autorizzano il/la proprio/a figlio/a partecipare alle iniziative culturali e musicali della sopracitata Associazione in forma di volontariato e senza pretesa di alcun emolumento.

Roma, 2020

---

(i dichiaranti)

Dichiariamo di essere a conoscenza che, ai sensi dell'Art.13 del Codice in "Materia di protezione dei dati personali (D.Lgs.196/03)" e sulla base della Informativa che ci avete fornito, i dati personali del proprio figlio/a potranno essere trattati dall'Associazione sopra denominata e acconsentiamo al loro utilizzo esclusivamente per il perseguimento degli scopi statutari e sociali, nei limiti indicati dalla Informativa suindicata.

Roma, 2020

---

(i dichiaranti)

**ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI PRE E POST SCUOLA**



Anno Scolastico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_ telefono/cellulare \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tipo e numero di documento \_\_\_\_\_

chiede l'iscrizione al servizio di pre e post scuola dalle ore \_\_\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

a partire dall'inizio fino al termine della scuola per il proprio figlio: \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa) e allegare relativa documentazione medica;
- ulteriori patologie da comunicare per iscritto allo Staff del Servizio.

**DATI ALUNNO:**

**1. Cognome e Nome** \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

iscritto nell'a. s. \_\_\_\_ / \_\_\_\_ alla classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

**DICHIARA INOLTRE**

- Di essere a conoscenza che il servizio di Pre e Post Scuola assicura la vigilanza dei bambini, nelle ore e nei giorni di funzionamento del servizio scolastico;
- Di essere a conoscenza che il pagamento di ciascun mese dovrà essere effettuato entro il giorno 5 del mese corrente;
- Di essere a conoscenza del costo del servizio;
- Di essere a conoscenza che nessuna riduzione tariffaria è dovuta per iscrizioni ritardate o rinunce anticipate rispetto all'inizio ed al termine di ogni periodo;
- Di essere consapevole che in caso di mancato pagamento l'iscrizione effettuata verrà considerata nulla;
- Di essere a conoscenza che è facoltà dei Responsabili del Servizio valutare la richiesta di adesione al servizio in base alla disponibilità di posti;
- Di aver letto integralmente l'informativa dei servizi richiesti e di accettarne senza riserve le condizioni previste dalla stessa;
- Dichiaro inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente domanda viene presentata.

### **DICHIARA INOLTRE**

- Di essere a conoscenza circa le misure organizzative, igienico-sanitarie e ai comportamenti individuali volti al contenimento della diffusione del contagio da Covid-19;
- Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- Che il/i figlio/i, o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è sottoposto alla misura della quarantena ovvero che non è risultato positivo al COVID-19;
- Di impegnarsi ad informare tempestivamente il pediatra ed il responsabile del servizio di Pre e Post Scuola della comparsa di febbre (uguale o superiore a 37,5°) o di altri sintomi quali mal di gola, congestione nasale, congiuntivite, perdita dell'olfatto o del gusto;
- Di essere consapevole ed accettare che il proprio/i figlio/i sia/siano sottoposto/i a misurazione della febbre con termometro senza contatto prima della prestazione richiesta;
- Di essere a conoscenza che in caso di febbre uguale o superiore a 37,5° o di presenza delle altre sintomatologie sopracitate, non potrà avvalersi del servizio richiesto;
- Di essere consapevole ed accettare che, in caso di insorgenza di febbre (uguale o superiore a 37,5°) o di altra sintomatologia (tra quelle sopra riportate), l'Associazione provvederà ad informare immediatamente il medico curante/pediatra di libera scelta e i familiari. Il medico curante/pediatra di libera scelta provvederà a contattare subito il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) per la programmazione dell'effettuazione del tampone naso-faringeo e per disporre le modalità di gestione e le precauzioni da adottare in attesa degli approfondimenti diagnostici, compreso l'immediato allontanamento della persona sintomatica dalla struttura, a cura del genitore o altro adulto responsabile;
- Di essere consapevole che nel momento di una ripresa di attività di interazione, seppur controllata, non è possibile azzerare il rischio di contagio che invece va ridotto al minimo attraverso la scrupolosa e rigorosa osservanza delle misure di precauzione e sicurezza previste da appositi protocolli per lo svolgimento delle attività ed

### **ACCONSENTE**

- All'utilizzo del materiale da me fornito nell'ambito delle iniziative promosse dalle Associazioni "Il trifoglio" e la "SiPuòFare";
- All'utilizzo del materiale cine/fotografico realizzato dalle Associazioni, per scopi pubblicitari e promozionali, riguardante il/i minore/i; Il Sottoscritto dichiara di aver attentamente letto e valutato il



contenuto del presente documento e di aver compreso chiaramente il significato di ogni singolo punto prima di sottoscriverlo e di essere consapevole di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci.

#### **IL RESPONSABILE DICHIARA**

- Che per la realizzazione del servizio Pre e Post Scuola , le Associazioni si avvalgono di personale adeguatamente formato su tutti gli aspetti riferibili alle vigenti normative in materia di organizzazione di servizi socioeducativi, didattici e ludici, in particolare sulle procedure igienico-sanitarie di contrasto alla diffusione del contagio. Il personale stesso si impegna ad osservare scrupolosamente ogni prescrizione igienico-sanitaria e a prestare opera solo in assenza di ogni sintomatologia riferibile al Covid-19;
- Di non promuovere attività che comportino assembramenti; La firma del presente patto impegna le parti a rispettarlo in buona fede.

Dal punto di vista giuridico il presente documento non libera i soggetti che lo sottoscrivono da eventuali responsabilità in caso di mancato rispetto delle normative relative al contenimento dell'epidemia Covid-19, delle normative ordinarie sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, delle Linee Guida per la gestione in sicurezza di attività sociali, educative e ricreative organizzate dalle Associazioni per bambini ed adolescenti relative alla gestione dell'emergenza COVID-19, e del relativo Protocollo regionale per attività ludiche, ricreative e laboratoriali per bambini e adolescenti.

Ai sensi e agli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., dichiaro di approvare espressamente il presente documento in ogni sua parte.

- Allegare copia del documento del genitore
- Allegare certificato medico di sana e robusta costituzione del minore che usufruirà del Servizio

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

-----