**Domanda di iscrizione al servizio “Spazio Gioco”**

(Riservato a bambini da 9 a 36 MESI)

|  |
| --- |
| Il sottoscritto |
| Cognome | Nome | Luogo di nascita |
|  |  |  |
| Data di nascita | Comune di residenza | Residente in Via/Piazza | N. civico |
|  |  |  |  |
| Telefono | E-mail o PEC |
|  |  |
| Genitore/Tutore del minore |
| Cognome | Nome | Luogo di nascita | Data di nascita |
|  |  |  |  |

CHIEDE

|  |
| --- |
| l’ammissione del/la proprio/a figlio/a al servizio “Spazio Gioco”. A tal proposito |

DICHIARA

|  |
| --- |
| che accompagnatore del minore sarà**(1)** |
| Cognome | Nome | Ruolo parentale |
|  |  |  |
| Dichiara inoltre: |
| * di condividere e sottoscrivere il patto di corresponsabilità allegato contenente misure organizzative, igienico - sanitarie e i comportamenti volti al contenimento della diffusione del contagio da COVID-19**;**
* di essere a conoscenza che ogni responsabilità durante le eventuali attività svolte all’esterno del Servizio sarà a carico dell’accompagnatore del minore;
* di essere a conoscenza delle norme che regolamentano il Servizio e di impegnarsi a rispettarle;
* di comunicare tempestivamente ogni informazione che potrebbe comportare modificazione o interruzione dell’erogazione del Servizio;
* di aver ricevuto ai sensi dell’art.13 Regolamento UE n. 2016/79 informativa contenente le modalità di trattamento dei dati personali forniti ed aver espresso il relativo consenso al trattamento;
* di acconsentire alla produzione (a cura del personale educativo e/o del personale dell’Ente gestore del Servizio) di materiale video fotografico al fine di documentare le attività svolte. Tale materiale sarà utilizzato esclusivamente per “uso interno” a documentazione del Servizio reso e trattenuto a cura dell’Ente gestore. Il consenso potrà essere valido solo in presenza delle firme di entrambi i genitori.
* che l'accompagnatore del minore ha adempiito gli obblighi vaccinali definiti con D.lgs. del 07/06/2017, n. 73. **(2)**
 |

**(1):** allegare la fotocopia della Carta d’Identità dell’accompagnatore del minore;

**(2):** allegare copia del libretto/autocertificazione ATS Bergamo ([www.ats-bg.it](http://www.ats-bg.it/)).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Luogo, data | Firma Genitore 1/Tutore**(3)** | Firma Genitore 2/Tutore**(3)** |

**(3):** allegare la fotocopia della Carta d’Identità di entrambi i Genitori/Tutori del minore;

**Dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà** (Art. 47, D.P.R. n. 445/2000)

|  |
| --- |
| Il sottoscritto |
| Cognome | Nome |
|  |  |
| Luogo di nascita | Provincia | CAP | Data di nascita |
|  |  |  |  |
| Residente in |
| Comune | Via/Piazza | CAP | N. civico |
|  |  |  |  |
| Genitore/Tutore del minore |
| Cognome | Nome | Luogo di nascita | Data di nascita |
|  |  |  |  |

|  |
| --- |
| consapevole delle sanzioni penali e civili, nel caso di dichiarazioni mendaci, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall’art. 76 del D.P.R. del 28/12/2000 n. 445, sotto la propria responsabilità, |

DICHIARA

|  |
| --- |
|  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |

**(1):** allegare i documenti attestanti.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Luogo | Data | Il/La Dichiarante |

**Le iscrizioni devono pervenire via mail a:**

sociale@comune.villongo.bg.it

**Il costo del servizio Spazio Gioco è di € 10 MENSILI.**

**Per il pagamento:**

- direttamente sul sito del comune di Villongo tramite PagoPA (alla voce LOCALI ATTREZZATI)

- tramite bonifico all’IBAN IT48Z0851453760000000120312