



DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CENTRO ESTIVO 2026 (da compilare in stampatello)

Al Comune di Oria
Ufficio Servizi Sociali
Via Epitaffio
Oria (Br)

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome) _____
nato/a _____ prov. _____ il _____ C.F. _____
residente in _____ prov. _____ alla via _____ n. _____
cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a sia ammesso/a a frequentare il Centro estivo 2026 organizzato dal Comune di Oria nelle seguenti date, **con un contributo di 15,00 € per settimana**, da versare alla tesoreria comunale a mezzo Pago PA raggiungibile al link <https://servizi.comune.oria.br.it/> con causale: **“Centro Estivo 2026 ad avvenuta comunicazione di ammissione all’iniziativa estiva**

- Iscrizione mensile (€ 60,00);**
- dal 06 Luglio al 10 Luglio (€ 15,00);**
- dal 13 Luglio al 17 Luglio (€ 15,00);**
- dal 20 Luglio al 24 Luglio (€ 15,00);**
- dal 27 Luglio al 31 luglio (€ 15,00);**

1) Dati anagrafici del bambino/a

Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____ età _____

C.F. residente in Oria (BR) alla via _____ n. _____

- lo stesso si trova in una condizione di disabilità di cui viene allegata relativa certificazione medica;
- lo stesso è affetto da allergie delle quali viene allegata la relativa certificazione medica;

2) Dati anagrafici del secondo bambino/a

Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____ età _____

C.F. residente in Oria (BR) alla via _____ n. _____

- lo stesso si trova in una condizione di disabilità di cui viene allegata relativa certificazione medica;
- lo stesso è affetto da allergie delle quali viene allegata la relativa certificazione medica;

3) Dati anagrafici del terzo bambino/a

Nome _____ Cognome _____ nato/a il _____
a _____ prov. _____ età _____

C.F. residente in Oria (BR) alla via _____ n. _____

- lo stesso si trova in una condizione di disabilità di cui viene allegata relativa certificazione medica;
- lo stesso è affetto da allergie delle quali viene allegata la relativa certificazione medica;

**DICHIARA
di essere in possesso dei seguenti requisiti**

Composizione del nucleo familiare (intendendosi per tale quello risultante dallo stato di famiglia) sono presenti:

- entrambi i genitori
- un solo genitore

Condizione lavorativa dei genitori:

- entrambi i genitori;
- un solo genitore;
- disoccupati;

Io sottoscritto/a dichiaro, inoltre, che qualsiasi comunicazione relativa alla presente richiesta potrà essere inviata, oltre che all'indirizzo di residenza, anche ai seguenti recapiti:

- indirizzo e-mail _____
- recapito telefonico diverso da quello di residenza _____

e che a causa di impossibilità il minore/i minori sarà/saranno abitualmente prelevato/i dal Sig./Sig.ra _____ del quale si allega documento di riconoscimento.

Allegati:

- Documento di riconoscimento in corso di validità del dichiarante e del minore;
- Certificazione medica di disabilità e di eventuali allergie;

Il sottoscritto/a si impegna, inoltre, a consegnare ai Servizi Sociali la copia della **ricevuta di pagamento** della quota di iscrizione, pena la non partecipazione, **entro il 26 giugno 2026**

INFORMATIVA TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Il sottoscritto/a dichiara, inoltre, di essere consapevole che la non rispondenza a verità di tutti i dati e dichiarazioni contenuti nella presente, comporta decadenza dei benefici ottenuti, salva l'eventuale responsabilità penale.

Il Titolare del Trattamento, Comune di Oria, la informa che il trattamento dei suoi dati personali è lecito ai sensi dell'art. 6 comma 1 lettere c) e d) del Reg. EU 679/2016, c.d. GDPR; inoltre potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. 12-22 del Regolamento UE, rivolgendosi al Titolare del trattamento all'indirizzo PEC: protocollo.comune.oria@pec.rupar.puglia.it e/o al Responsabile della Protezione dati all'indirizzo PEC: vincenzo.tarantini@pec.it

Il sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione che lo riguarda sia inviata al seguente indirizzo:
_____ Tel _____

Luogo e Data: _____

Firma
