**CAMPUS ESTIVO INPS**

Il/la sottoscritto/a...... NOME………………………………………………….………COGNOME……………………………………………….…………………

indirizzo:.......................................................... città: ..........................................................................

codice fiscale:………………………………………………… cellulare…...............................................................

**email:** ..................................................................................................................... **(scrivere leggibile)**

in qualità di GENITORE/ TUTORE del minore:

NOME………………………………………………….……………COGNOME………………………………………….…………………

NATO A …………………………………………….…………….. IL……………………………………………………………….………….

**C H I E D E**

che il proprio figlio usufruisca dell’attività di semiconvitto estivo tenuto dal Convitto Unificato INPS di Spoleto nelle seguenti settimane:

* 1° settimana 13-17 giugno
* 2° settimana 20-24 giugno
* 3° settimana 27-1 luglio
* 4° settimana 4-8 luglio
* 5° settimana 11-15 luglio
* 6° settimana 18-22luglio
* 7° settimana 25-29 luglio

Con la sottoscrizione della presente, il sottoscritto attesta che il proprio figlio/a appartiene ad una delle seguenti categorie:

* ORFANO di dipendente pubblico **SI’ NO**
* Figli, orfani ed equiparati di dipendenti pubblici, nonché dei pensionati utenti della Gestione dipendenti pubblici; **SI’ NO**
* Figli, orfani ed equiparati di lavoratori o di pensionati del settore privato o di disoccupati o inoccupati. **SI’ NO**

**Indicare il nome di eventuale genitore Dipendente Pubblico**

**Nome……………………………………………………….Cognome……………………………………………………………………**

**Nato il……………………..…a………………………………………….…… C.F ………………………………………………………**

Con la sottoscrizione della richiesta di prolungamento al periodo estivo del semiconvitto il sottoscritto attesta di aver preso visione ed accettare espressamente quanto indicato nel comunicato alle famiglie di cui la presente costituisce allegato, in particolare per riguardo quanto segue:

* La mancata frequenza per un’intera settimana, se non giustificata da certificazione medica, non darà diritto a rimborso;
* Il pagamento dell’importo della quota settimanale dovrà avvenire anticipatamente entro il lunedì mattina (primo giorno di campus della settimana). In caso contrario non si potrà accedere al Campus.
* Il pagamento della quota di partecipazione è condizione indispensabile per l’accesso al servizio
* Può essere previsto a carico delle famiglie un contributo per l’accesso ai parchi divertimento fino ad un massimo di 15 euro/settimana da pagare direttamente;

Non appena approvata la graduatoria sarà cura di questa Direzione comunicare tempestivamente via mail l’accettazione della richiesta di partecipazione al semiconvitto estivo, l’esatto importo da corrispondere per quota di partecipazione a carico delle famiglie e le modalità di pagamento

**SEGNALAZIONI**

* Allergie………………………………………………………………………………………………………………………………
* **In caso Intolleranze Alimentari allegare certificazione medica**.
* Altri problemi di salute di cui i genitori e tutori ritengono che gli educatori debbano

essere a conoscenza………………………………………………………………….

Dichiara inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e solleva l’INPS da ogni responsabilità.

Non è consentito l’accesso a bambini con temperatura corporea superiore a 37,5°C o con altri sintomi influenzali.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANDATA** | PARCHEGGIO API | *selezionare con una* ***x*** *orario scelto* | PARCHEGGIO STAZIONE FERROVIARIA | *selezionare con una* ***x*** *orario scelto* |
| 08.15 |  | 8.15 |  |
| 08.45 |  | 8.45 |  |

**SCELTA DELLA NAVETTA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **RITORNO** | PARCHEGGIO API | *selezionare con una* ***x*** *orario scelto* | PARCHEGGIO STAZIONE FERROVIARIA | *selezionare con una* ***x*** *orario scelto* |
| 17.00 |  | 17.00 |  |
| 17.15 |  | 17.15 |  |

**Si avvale del servizio navetta**

**Non si avvale del servizio navetta**

**DELEGA PER LA RIPRESA DEL MINORE**

Il sottoscritto in qualità di genitore/tutore del minore ………………………………………………….………………….

**DELEGA**

Alla ripresa del minore

-Il Sig./ra Nome……………........................…………………Cognome………………………….………………………………

Nato a …………………………..…………………………………….il…………..…………………………………………………………….

*(Allegare documento di identità del delegato)*

-Il Sig./ra Nome……………........................…………………Cognome………………………….………………………………

Nato a …………………………..…………………………………….il…………..…………………………………………………………….

*(Allegare documento di identità del delegato)*

AUTORIZZO riprese video e fotografiche per scopi didattici e uso istituzionale: **SI NO**

AUTORIZZO con la presente mio/a figlio/a a partecipare a qualsiasi attività organizzata sia all’interno che all’esterno del Convitto.

Allego alla presente:

Copia documento di identità in corso di validità

Spoleto, ....................................... Firma...................................................

La presente richiesta dovrà essere inviata entro le ore 12:00 del giorno 03/06/2022 all’ indirizzo di posta [campusestivo.spoleto@inps.it](mailto:campusestivo.spoleto@inps.it) Per qualsiasi informazione si prega di chiamare al numero 0743/22691

Si comunica inoltre che sarà attivo il servizio trasporto sia in ingresso che al termine delle attività pomeridiane.

|  |
| --- |
| INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE E SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (REGOLAMENTO UE 2016/679) |
| L’INPS assicura che il trattamento di dati personali è effettuato in osservanza dei presupposti e nei limiti stabiliti dal Regolamento UE e dal decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196, così come modificato e integrato dal decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 “Disposizioni per l’adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679”. |

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