



CITTÀ DI VINCI
Città Metropolitana di Firenze

Al Sindaco del Comune di Vinci
protocollo@comune.vinci.fi.it

DOMANDA DEL SERVIZIO CIAF- POMERIGGIO A VILLA REGHINI
a.s. 2024/ 2025

I SOTTOSCRITTI IN QUALITÀ DI GENITORI ESERCENTI LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE SUL MINORE DI SEGUITO SPECIFICATO:

DATI DELLA MADRE

cognome										nome					
codice fiscale															
telefono															
comune di nascita						prov.		data nascita							
comune di residenza															
via/piazza												n°			
indirizzo e-mail															

DATI DEL PADRE

cognome										nome					
codice fiscale															
telefono															
comune di nascita						prov.		data nascita							
comune di residenza															
via/piazza												n°			
indirizzo e-mail															

DATI DEL/DELLA FIGLIO/A PER IL/LA QUALE SI CHIEDE IL SERVIZIO

cognome										nome					
codice fiscale del/della figlio/a															
maschio <input type="checkbox"/> femmina <input type="checkbox"/>															
comune di nascita						prov.		data nascita							
comune di residenza															
via/piazza												n°			



CITTÀ DI VINCI

Città Metropolitana di Firenze

I SOTTOSCRITTI CON LA PRESENTE DICHIARANO CHE IL/LA PRORIO/A FIGLIO/A nell'anno 2024—2025 frequenterà la seguente scuola:

GALILEO GALILEI (primaria Vinci capoluogo)
SIBILLA ALERAMO (primaria Spicchio-Sovigliana)
ALTRO _____

Classe/sezione _____

I SOTTOSCRITTI CON LA PRESENTE DICHIARANO CHE IL/LA PRORIO/A FIGLIO/A:

UTILIZZERÀ IL SERVIZIO DI TRASPORTO SCOLASTICO PER ANDARE AL CIAF O FARÀ DOMANDA
 VERRÀ ACCOMPAGNATO DAI GENITORI

Vinci, li _____

Firma _____

Firma _____

I SOTTOSCRITTI CON LA PRESENTE AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a ad effettuare uscite a piedi in compagnia delle educatrici.

Vinci, li _____

Firma _____

Firma _____

I SOTTOSCRITTI CON LA PRESENTE AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a ad accedere e frequentare la biblioteca senza la presenza del l'operatore.

Vinci, li _____

Firma _____

Firma _____



CITTÀ DI VINCI

Città Metropolitana di Firenze

I SOTTOSCRITTI CON LA PRESENTE DICHIARANO che il/la proprio/a figlio/a manifesta/non manifesta allergie relative:

ad alimenti (specificare quali):

(è necessario allegare il certificato medico o autocertificazione nel caso di motivi culturali)

all'ambiente e/o insetti (specificare quali):

a medicinali da banco (specificare quali):

Vinci, lì _____

Firma _____

Firma _____

I SOTTOSCRITTI:

- nome e cognome (madre) _____

- nome e cognome (padre) _____

CON LA PRESENTE AUTORIZZANO il personale educativo a consegnare il/la proprio/a figlio/a alle seguenti persone:

1. nome e cognome delegato _____

2. nome e cognome delegato _____

3. nome e cognome delegato _____

4 nome e cognome delegato _____

Sollevando il personale da ogni responsabilità derivante da quanto sopra richiesto.

Vinci, lì _____

Firma _____

Firma _____

Si allega:

- a) copia di un documento di riconoscimento in corso di validità di entrambi i genitori;
- b) copia di un documento di riconoscimento in corso di validità delle persona delegate alla presa in consegna del bambino.



CITTÀ DI VINCI

Città Metropolitana di Firenze

Consenso al trattamento dei dati personali

I dati personali contenuti nella richiesta saranno trattati nel rispetto della vigente normativa di salvaguardia della riservatezza ai sensi del GDPR 2016/679 e saranno utilizzati al solo scopo di espletare le procedure inerenti al servizio in oggetto e di adottare ogni atto conseguente.

I sottoscritti (cognome e nome) _____

danno il consenso al trattamento dei propri dati secondo le modalità descritte nell'informativa consultabile sul sito del comune di Vinci: <https://www.comune.vinci.fi.it/attachments/article/3295/1.2019.10.11.Comune%20di%20Vinci-Informativa%20privacy%20modello%20per%20scuola.pdf>

(firma dei genitori o di chi ne fa le veci) _____

OPPURE

I sottoscritti (cognome e nome) _____

negano il consenso al trattamento dei propri dati secondo le modalità descritte nell'informativa consultabile sul sito del comune di Vinci: <https://www.comune.vinci.fi.it/attachments/article/3295/1.2019.10.11.Comune%20di%20Vinci-Informativa%20privacy%20modello%20per%20scuola.pdf>

(firma dei genitori o di chi ne fa le veci) _____

(nel caso che il consenso venga negato il servizio **NON** potrà essere erogato)

Consenso al trattamento dei dati personali delle persona delegata

I dati personali contenuti nella richiesta saranno trattati nel rispetto della vigente normativa di salvaguardia della riservatezza ai sensi del GDPR 2016/676 e saranno utilizzati al solo scopo di espletare le procedure inerenti al servizio in oggetto e di adottare ogni atto conseguente.

DELEGATO

DICHIARA

- Di esprimere il proprio consenso al trattamento dei dati personali in relazione alle finalità di cui sopra
- Di non prestare consenso al trattamento dei dati personali

(Si informa che in caso in cui il consenso venga negato non sarà possibile dare seguito alla richiesta dei genitori)

Io/la sottoscritta/a _____

in qualità della persona incaricata alla presa in consegna del minore (nome) _____

(cognome) _____

DICHIARA di accettare la presa in carico del minore

Vinci, li _____

Firma _____