



Città di Castel Gandolfo

Città Metropolitana di Roma Capitale



Comune di Castel Gandolfo
Area IV – Servizi alla Persona, Istruzione e Cultura
protocollocastelgandolfo@pec.it

OGGETTO: RICHIESTA DI ISCRIZIONE AL CENTRO ESTIVO COMUNALE PER MINORI 4-10 ANNI
- ANNUALITÀ 2026

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (prov. di _____) il _____ e residente a _____ in Via/Piazza _____ n. _____ C.F. _____
tel. casa _____ tel. ufficio _____
cell. _____ e-mail _____
in qualità di tutore

CHIEDE

L'iscrizione di _____
nato/a a _____ il _____

al Centro socio-educativo - Estate 2026

dal lunedì al venerdì ore 8:00-13:00

dal lunedì al venerdì ore 8:00 – 16:00

istituito c/o i locali di Via Nettunense (scuola primaria) per la seguente settimana (max 2):

- dal 6 al 10 luglio
- dal 13 al 17 luglio
- dal 20 al 24 luglio
- dal 27 al 31 luglio

A tal fine, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da falsa dichiarazione (artt. 75 e 76) dichiara che:

- il nucleo familiare è in carico al Servizio Sociale
- nel nucleo familiare è presente una persona con disabilità riconosciuta ai sensi della L. 104/92
- entrambi i genitori sono occupati (in caso di nucleo monoparentale si intende un genitore)
- un genitore è disoccupato/inoccupato
- entrambi i genitori sono disoccupati/inoccupati

Il proprio ISEE è di valore compreso (eventualmente ISEE corrente)

- da 0,00 a 3.000,00
- da 3.000,01 a 5.000,00
- da 5.000,01 a 7.500,00
- da 7.500,01 a 15.000,00
- oltre 15.000,01 o per i nuclei che non presentano attestazione ISEE

Dichiara inoltre che le persone autorizzate ad accompagnare e riprendere il proprio figlio sono le seguenti:

| Cognome e Nome | Luogo e data di nascita | Documento n. | Rilasciato da/il |
|----------------|-------------------------|--------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

e di impegnarsi a fornire, per ciascuno dei delegati autorizzati, la documentazione completa:

fotocopia documento d'identità,

delega (*da consegnare al momento dell'accesso alla struttura*).

I recapiti telefonici da contattare per comunicazioni urgenti sono:

1. (relazione di parentela) _____ (telefono)

2. (relazione di parentela) _____ (telefono)

3. (relazione di parentela) _____ (telefono)

Il sottoscritto..... genitore, o esercente la responsabilità genitoriale, del minore iscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR

445/2000 e consapevole delle sanzioni penali previste per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci **DICHIARA** che il minore sopra indicato:

- ha effettuato vaccinazioni obbligatorie
- non ha effettuato vaccinazioni obbligatorie

Il/la Sottoscritto/a..... **DICHIARA INOLTRE** (La mancata segnalazione su questo modulo comporterà automaticamente lo svolgimento regolare del programma senza modifiche e il Comune e l'ente gestore verranno sollevate da ogni responsabilità).

| | |
|---|--|
| Allergie ALIMENTARI Con certificato medico | |
| Allergie ai FARMACI Con certificato medico | |
| Particolarità da segnalare (asma, reazioni particolari a punture d'insetto; ecc..) | |

Il/la Sottoscritto/a dichiara di essere consapevole

Data.....

In Fede

.....



Città di Castel Gandolfo

Città Metropolitana di Roma Capitale



DICHIARAZIONE DI CONSAPEVOLEZZA ED ESONERO DI RESPONSABILITÀ PER SOMMINISTRAZIONE/ASSUNZIONE DI FARMACI

Il/La sottoscritto/a _____, in qualità di genitore (o titolare di responsabilità genitoriale) del minore

_____ , iscritto/a al Centro Estivo

_____ per il periodo dal

_____ al _____,

PRESO ATTO CHE

- Il personale educativo e di assistenza del centro estivo non è in possesso di qualifiche/competenze infermieristiche o sanitarie.
- Tale personale non è tenuto per legge ad assumere il compito di somministrare farmaci ai minori, né a valutare l'insorgenza di problematiche sanitarie specifiche.

DICHIARA

1. Di essere pienamente consapevole dell'impossibilità, da parte del personale del centro estivo, di somministrare farmaci al/alla proprio/a figlio/a.
2. Che la terapia farmacologica è prescritta dal medico curante (come da certificazione allegata) e che il minore è in grado di effettuare l'auto-somministrazione, oppure che necessita del solo supporto e della supervisione dell'adulto per l'assunzione.
3. *[Se applicabile]* Di autorizzare eccezionalmente il personale presente ad assistere il/la minore durante l'auto-somministrazione del farmaco salvavita o di primo intervento.

SOLLEVA E MANLEVA

Il personale del centro estivo, gli organizzatori e l'ente gestore da qualsiasi responsabilità civile e penale relativa a conseguenze, reazioni avverse, ritardi o omissioni derivanti dalla gestione o dall'assunzione della terapia farmacologica durante le ore di frequenza del centro.

SI IMPEGNA INOLTRE A:

- Consegnare al responsabile del centro i farmaci in confezione integra e non scaduti, con allegata la prescrizione del medico.

- Fornire i propri recapiti telefonici, garantendo la reperibilità immediata per qualsiasi urgenza.
- Comunicare tempestivamente per iscritto eventuali variazioni o sospensioni della terapia.

Luogo e Data _____

Firma del genitore (o tutore) _____