

Domanda di partecipazione a  
**TRIBU' WACHITU' 2025**  
 Centro estivo in natura – Canale di Pergine  
 Scuola primaria fino alla terza media (6-14 anni)

Il/la sottoscritto/a (nel caso di buoni di servizio indicare i dati della madre o altro avente diritto)

.....

residente a ..... via.....

nata/a a .....il .....

tel.(obbligatorio) .....

e-mail (obbligatoria).....

codice fiscale

**chiede l'iscrizione all'iniziativa LA TRIBU' WACHITU'**

1. del/la figlio/a .....nato/a a .....

il ..... codice fiscale

residente a ..... via.....(se diverso da quello del genitore)

scuola frequentante nell'a.s. **2024-25** .....

**Settimane prescelte:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> dal 23 al 27 giugno    | <input type="checkbox"/> dal 30 giugno al 04 luglio            |
| <input type="checkbox"/> dal 07 al 11 luglio    | <input type="checkbox"/> dal 14 al 18 luglio                   |
| <input type="checkbox"/> dal 21 al 25 luglio    | <input type="checkbox"/> dal 28 luglio al 01 agosto            |
| <input type="checkbox"/> dal 04 al 08 agosto    | <input type="checkbox"/> dal 11 al 14 agosto <b>(4 giorni)</b> |
| <input type="checkbox"/> dal 18 al 22 agosto    | <input type="checkbox"/> dal 25 agosto al 29 agosto            |
| <input type="checkbox"/> dal 01 al 05 settembre |  |

**con il seguente orario (barrare con una crocetta l'orario scelto):**

07.30 – 16.00	08.00 - 16.00	08.00 – 17.00	07.30 – 17.00
---------------	---------------	---------------	---------------

Nel caso di anticipo (7.30 -8.00) indicare l'orario di entrata: .....

Nel caso di posticipo (15.30-17.00) indicare l'orario di uscita: .....

2. del/la figlio/a .....nato/a a .....

il ..... codice fiscale

residente a ..... via.....(se diverso da quello del genitore)

scuola frequentante nell'a.s. **2024-25** .....

**Settimane prescelte:**

- dal 23 al 27 giugno
- dal 07 al 11 luglio
- dal 21 al 25 luglio
- dal 04 al 08 agosto
- dal 18 al 22 agosto
- dal 01 al 05 settembre
- dal 30 giugno al 04 luglio
- dal 14 al 18 luglio
- dal 28 luglio al 01 agosto
- dal 11 al 14 agosto **(4 giorni)**
- dal 25 agosto al 29 agosto

**con il seguente orario (barrare con una crocetta l'orario scelto):**

<input type="checkbox"/> 07.30 – 16.00	<input type="checkbox"/> 08.00 - 16.00	<input type="checkbox"/> 08.00 – 17.00	<input type="checkbox"/> 07.30 – 17.00
--	--	--	--

Nel caso di anticipo (7.30 -8.00) indicare l'orario di entrata: .....

Nel caso di posticipo (15.30-17.00) indicare l'orario di uscita: .....

**A.** Il richiedente dichiara che:

- nel caso si intenda richiedere il buono di servizio del Fondo Sociale Europeo, di svolgere il proprio lavoro per n. .... ore settimanali. A tale fine **allega copia fronte retro della carta d'identità del richiedente**
- di AUTORIZZARE LE REGISTRAZIONI VIDEO E LE RIPRESE FOTOGRAFICHE *oppure*
- di NON AUTORIZZARE LE REGISTRAZIONI VIDEO E LE RIPRESE FOTOGRAFICHE
- di AUTORIZZARE LE USCITE SUL TERRITORIO *oppure*
- di NON AUTORIZZARE LE USCITE SUL TERRITORIO
- che il bambino ..... manifesta le seguenti **ESIGENZE PARTICOLARI (NECESSITA' DI SUPPORTO, DIETE SPECIALI, ALLERGIE ECC.):**  
.....  
.....
- che l'autorizzazione a partecipare alla predetta iniziativa è assunta in accordo con eventuali altri esercenti la potestà sul minore.

Pergine Valsugana, .....

.....  
(firma da parte di uno degli esercenti la potestà sull'iscritto/a) \*

**\* allegare copia documento di identità in corso di validità qualora la firma non sia apposta in presenza del funzionario ricevente la domanda**

**Informativa ai sensi del Reg. UE 2016/679**

ASIF CHIMELLI, nella persona del legale rappresentante pro tempore, in qualità di titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 Reg. Ue 2016/679, informa che i dati personali forniti verranno trattati nel rispetto della normativa vigente in materia di privacy, per finalità istituzionali, per attuazione di obblighi di legge e per finalità amministrative-contabili. Base giuridica del trattamento sono l'attuazione del servizio richiesto e l'adempimento di pubblici poteri di cui è investito il Titolare. I dati conferiti saranno oggetto di trattamento cartaceo ed informatizzato e verranno comunicati solamente ai soggetti appositamente designati e autorizzati al trattamento. Il Responsabile della protezione dati designato è Studio Gadler s.r.l., sito in Via Graberi 12/A, referente dott.ssa Gioia Cantisani, che sarà contattabile al numero +39 0461-512522 e/o agli indirizzi e-mail dpo@studiogadler.it, PEC: pec.gadler@pec.gadler.it. Per l'esercizio dei diritti di cui agli artt. 15 e ss. del Reg. Ue 2016/679 e/o per la visione dell'informativa completa, il Titolare è contattabile all'indirizzo e-mail: info@asifchimelli.it, telefono +39 0461/502351 o presso la propria sede in Piazza Garbari, 5 - 38057 Pergine Valsugana (TN).

**SCHEDA INFORMATIVA da compilare e restituire insieme alla domanda**

<p>Il minore presenta problematiche psico-fisiche di cui gli educatori devono essere informati?</p> <p>Se <b>SI</b> indicare quali: _____</p> <p>_____</p>	<p><b>SI</b> <b>NO</b></p>
<p>Il minore è stato certificato in base alla L. 104/1992?</p> <p>Se <b>SI</b> è seguito da insegnante di sostegno o educatore?</p>	<p><b>SI</b> <b>NO</b></p> <p><b>SI</b> <b>NO</b></p>
<p>Il minore presenta intolleranze o allergie ad alimenti, insetti, sostanze in genere che possono scatenare reazioni immuno-mediate?</p> <p>Se <b>SI</b> indicare allergeni e allegare certificazione medica:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>SI</b> <b>NO</b></p>
<p>Il minore non può assumere alcuni alimenti per altre motivazioni (motivi religiosi, personali, .....)?</p> <p>Se <b>SI</b> indicare quali alimenti evitare:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>SI</b> <b>NO</b></p>
<p>La Società Cooperativa è autorizzata a effettuare il trasporto del minore per eventuali uscite sul territorio?</p>	<p><b>SI</b> <b>NO</b></p>
<p>Indicare ulteriori altre informazioni utili al servizio:</p>	
<p>_____</p>	
<p>_____</p>	

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



# ISCRIZIONE LA TRIBU' WACHITU' 2025

Centro estivo in natura – Canale di Pergine



RICHIESTA DATI PER FATTURAZIONE da compilare e restituire insieme alla domanda

Intestatario fattura:

Cognome e nome: .....

Luogo di nascita: .....

Data di nascita: .....

Codice Fiscale: .....

Indirizzo: .....

.....

n.telefono: .....

mail (per invio fatture): .....

pec (per invio fattura elettronica): .....

Firma: .....

**CS4 Cooperativa Sociale**

Via Dosseti 8, 38057, Pergine Valsugana – TN

Tel. 0461/1755550 | Fax. 0461/1755569 | cs4@cs4.it | cs4@pec.cs4.it | www.cs4.coop

Trib. di Trento Sub. N. 16417 C.F. e P.IVA 01211810229 C.C.I.A.A. n. 122777 Sede nel Comune di Pergine Vals. Iscriz. Albo delle Cooperative nr. A157562