



## MODULO DI ADESIONE CENTRO ESTIVO "EDUCOCAMP-CSP" 2024

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Indirizzo (Via): \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Nato/a: \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ L.104 SI - NO Comma 1 – 3

Nome e cognome genitori/e - tutore: \_\_\_\_\_

Nome e cognome del tutore del minore: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Le attività saranno aperte dal 1° Luglio 2024, dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 13:00

Tutti gli utenti verranno selezionati in base alla tabella ISEE e agli altri criteri di seguito indicati:

Apporre una crocetta accanto alla fascia di reddito di appartenenza:

- 1° fascia fino a euro 6.000                      assegnati 16 punti
- 2° fascia da euro 6.001 a euro 10.000      assegnati 12 punti
- 3° fascia da euro 10.001 a euro 18.000      assegnati 8 punti
- 4° fascia da euro 18.001 a euro 24.000      assegnati 4 punti
- 5° fascia da euro 24.001 a euro 30.000      assegnati 2 punti

Apporre una crocetta in caso di rispondenza ai criteri sotto elencati:

- Utente con un solo genitore ( orfano di uno dei genitori, un solo genitore con patria potestà figlio) assegnati 10 punti
- Utente avente entrambi i genitori/tutori con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92 art.3 comma 3 assegnati 8 punti
- Utente avente entrambi uno dei genitori/tutori con disabilità certificata ai sensi della L. 104/92 art.3 comma 3 assegnati 6 punti
- Utente residente nel Comune di Civitavecchia con entrambi i genitori con domicilio lavorativo oltre i 50 km dal Comune di residenza assegnati 4 punti

Allegare il modulo ISEE alla presente domanda, corredato da un documento di riconoscimento in corso di validità del genitore/tutore legale che compila la presente modulistica e del minore per il quale si effettua la richiesta di inserimento. Allegare copia della certificazione L. 104/92 di uno o di entrambi i genitori/tutori del minore per i quali si effettua la domanda di inserimento. Allegare documentazione attestante il domicilio lavorativo oltre i 50 km dal Comune di Civitavecchia . Allegare copia della certificazione L. 104/92 dell'utente titolare della stessa.



La domanda deve essere corredata da tutta la documentazione richiesta e dovranno essere tutti i documenti leggibili, pena l'esclusione

Età e numero di bambini: i bambini verranno suddivisi in 3 gruppi omogenei per età:

- Un gruppo di 15 bambini dai 3 ai 5 anni , compresi 3 posti riservati ai diversamente abili;
  - Anno di nascita 2020-2019-2018 – al momento della compilazione della domanda di inserimento, gli utenti dovranno anagraficamente aver compiuto 3 anni
- Un gruppo di 15 bambini dai 6 agli 8 anni, compresi 3 posti riservati ai diversamente abili;
  - Anno di nascita 2017-2016-2015
- Un gruppo di 15 bambini dai 9 agli 11 anni, compresi 3 posti riservati ai diversamente abili;
  - Anno di nascita 2014-2013-2012

L'apertura dell'invio delle domande per l'inserimento nelle graduatorie di ammissione, avverrà il giorno 12 giugno 2024 alle ore 8:00 e terminerà il giorno 22 Giugno 2024 alle ore 12:00.

La modulistica completa di tutti i dati richiesti dovrà essere inviata al seguente indirizzo di posta elettronica certificata:

[centroestivo2024@pec.civitavecchiaservizipubblici.it](mailto:centroestivo2024@pec.civitavecchiaservizipubblici.it)

La modalità di invio sopra indicata, è da considerarsi tassativa. Non saranno accettate ed elaborate pratiche inviate da caselle di posta non certificate o *brevi manu* presso gli uffici della Società Civitavecchia Servizi Pubblici s.r.l.. La modulistica è scaricabile dal sito della Civitavecchia Servizi Pubblici e le 3 graduatorie verranno pubblicate sul sito [www.civitavecchiaservizipubblici.it](http://www.civitavecchiaservizipubblici.it) entro il giorno 27 giugno 2024 e l'ordine sarà predisposto in base al numero del protocollo indicato sulla pratica.



**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_, N° \_\_\_\_\_

dichiara che mio figlio/a \_\_\_\_\_

è in stato di buona salute ( allegare certificato pediatra).

**SEGNALAZIONI VARIE**

Allergie o intolleranze alimentari: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medicinali/cure: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dichiaro altresì che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo la Società CSP da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.

Data: \_\_\_\_\_

Firma genitore/ tutore del minore : \_\_\_\_\_

Autorizzo riprese video e fotografiche per scopi didattici o promozionali      SI      NO

Autorizzo riprese video e fotografiche per scopi promozionali      SI      NO  
( sito internet istituzionale CSP, Comune, social media e stampa locale)

Data: \_\_\_\_\_

Firma genitore: \_\_\_\_\_

Firma Tutore legale del minore: \_\_\_\_\_