



MODULO DI ADESIONE CENTRO ESTIVO "EDUCOCAMP-CSP" 2023

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 al 31 Agosto 2023, dal lunedì al venerdì dalle ore 8:00 alle ore 13:00

Di seguito indicare il periodo di frequenza :

1° settimana Luglio SI - NO

2° settimana Luglio SI - NO

3° settimana Luglio SI - NO

4° settimana Luglio SI - NO

1° settimana Agosto SI - NO

2° settimana Agosto SI - NO

3° settimana Agosto SI - NO

4° settimana Agosto SI - NO

Tutti gli utenti verranno selezionati in base alla tabella ISEE e agli altri criteri di seguito indicati, apporre un crocetta accanto alla fascia di reddito di appartenenza:

- 1° fascia fino a euro 6.000 assegnati 12 punti
- 2° fascia da euro 6.001 a euro 10.000 assegnati 10 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 6 punti
- 5° fascia da euro 24.001 a euro 30.000 assegnati 4 punti
- 6° fascia oltre 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 8 punti
- Utente avente uno dei due genitori 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
- Utente residente nel Comune di Civitavecchia con uno dei due genitori avente domicilio lavorativo oltre i 50 km dal Comune di residenza assegnati 2 punti
- Nucleo familiare seguito dal Servizio Sociale assegnati 2 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 104/92 di uno o di entrambi i genitori/tutori del/dei minori 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 104/92 dell'utente titolare della stessa.

La domanda deve essere corredata da tutta la documentazione richiesta, 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 23 maggio 2023 alle ore 8:00 e terminerà il giorno 12 Giugno 2023 alle ore 12:00.

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

centroestivo2023@pec.civitavecchiaserviziubblici.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 *brevis 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.civitavecchiaserviziubblici.it entro il giorno 20 giugno 2023 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: _____