



Indicare i riferimenti del servizio educativo richiesto	
Tipologia di unità di offerta (UdO) <i>Indicare la tipologia di servizio per cui si richiede l'iscrizione</i>	☒ Servizi educativi per il tempo libero "CENTRO ESTIVO COMUNALE" di CAROVIGNO
Anno Educativo <i>Indicare l'anno per cui si richiede l'iscrizione</i>	
Indirizzo sede operativa <i>Indicare l'indirizzo della struttura per cui si chiede l'iscrizione</i>	

Una volta indicato il servizio per cui si richiede l'iscrizione, compilare i campi seguenti.

I campi contrassegnati da (*) sono obbligatori.

DATI ANAGRAFICI GENITORE	
Nome e Cognome (*) <i>Inserire nome e cognome del genitore che effettua l'iscrizione</i>	
Data di nascita (*) <i>Inserire la data di nascita del genitore che effettua l'iscrizione</i>	
Luogo di nascita (*) <i>Inserire il luogo di nascita del genitore che effettua l'iscrizione</i>	
Codice Fiscale (*) <i>Inserire il codice fiscale del genitore che effettua l'iscrizione</i>	
Residenza e indirizzo (*) <i>Inserire città e indirizzo di residenza del genitore che effettua l'iscrizione</i>	
Indirizzo mail (*) <i>Indicare mail soggetto richiedente</i>	
Contatto telefonico Madre (*) <i>Inserire il numero di telefono della mamma dell'utente per cui si richiede l'iscrizione</i>	
Contatto telefonico Padre (*) <i>Inserire il numero di telefono del papà dell'utente per cui si richiede l'iscrizione</i>	

Via Lecce, 67/ A - 72012 CAROVIGNO (BR)
 P. IVA 02695950747 - SDI: X2PH38J
 IBAN: IT49J0306909606100000189160
 Banca Intesa Sanpaolo

educacooperativa@pec.it
educacooperativasociale@gmail.com
www.educacooperativasociale.it
 Tel. 0831218495 - Cell. 3479282482

 SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE	MODULO ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO	MOD 31.05 Pag. 2 di 4 Ed. 1 - Rev. 0 del 09.06.2025
---	--	---

In qualità di (*)

☐ Genitore

☐ Tutore con disposizione del Tribunale n° _____ del _____ (allegare documentazione cartacea in sede)

dell'utente: _____

DATI ANAGRAFICI MINORE	
Nome e Cognome (*) <i>Inserire nome e cognome utente per cui si chiede l'iscrizione</i>	
Data di nascita (*) <i>Inserire data di nascita dell'utente per cui si chiede l'iscrizione</i>	
Luogo di nascita (*) <i>Inserire luogo di nascita utente per cui si chiede l'iscrizione</i>	
Codice Fiscale (*) <i>Inserire il codice fiscale utente per cui si chiede l'iscrizione</i>	
Residenza e indirizzo (*) <i>Inserire città e indirizzo di residenza utente per cui si chiede l'iscrizione</i>	
Per minore diversamente abile <i>Inserire riferimenti decreto di invalidità; la disabilità deve essere certificata da documentazione sanitaria rilasciata dall'ASL o dal Centro privato autorizzato e/o accreditato dal SSR</i>	Decreto di invalidità (indicare estremi ai sensi della Legge n°104/1992) _____ Rilasciato da _____ in data _____ Protocollo n° _____
Scuola	☐ dell'infanzia ☐ elementare
Taglia maglietta (*) <i>Inserire taglia maglietta dell'utente di cui si chiede l'iscrizione</i>	

DELEGA USCITA CON TERZI	
<i>Indicare nome, cognome e ruolo (zia, zio, nonna, nonno, ...) del soggetto autorizzato a ritirare l'utente dal servizio e allegare documento di riconoscimento</i>	
Nome e Cognome Delegato (*) <i>Inserire nome e cognome terzo delegato per uscita</i>	
Ruolo Delegato (*) <i>Inserire ruolo terzo delegato per uscita (es. zio/a, nonno/a, etc.)</i>	
Estremi Documento Identità Delegato <i>Inserire estremi del documento identità del Delegato (n°, data, rilasciato da, etc.)</i>	

Via Lecce, 67/ A - 72012 CAROVIGNO (BR)
 P. IVA 02695950747 - SDI: X2PH38J
 IBAN: IT49J0306909606100000189160
 Banca Intesa Sanpaolo

educacooperativa@pec.it
 educacooperativasociale@gmail.com
 www.educacooperativasociale.it
 Tel. 0831218495 - Cell. 3479282482

 SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE	MODULO ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO	MOD 31.05 Pag. 3 di 4 Ed. 1 - Rev. 0 del 09.06.2025
---	--	---

Allegata copia Documento Identità delegato?	☐ Si ☐ No
--	---

<u>ALLERGIE ALIMENTARI</u> <i>Indicare eventuali allergie o allergie alimentari, se presenti</i>

L'utente soffre di allergie alimentari e non? (*)	☐ Si ☐ No
--	---

Se sì, indicare quali (*) <i>Indicare le allergie alimentari e non di cui l'utente soffre</i>	
---	--

<u>FARMACI SALVAVITA</u> <i>Indicare eventuali farmaci salvavita di cui l'utente necessita, se presenti</i>
--

L'utente necessita di farmaci salva-vita? (*)	☐ Si ☐ No
--	---

Se sì, indicare quali (*) <i>Indicare eventuali farmaci salva-vita di cui l'utente necessita</i>	
--	--

<u>ORIENTAMENTO RELIGIOSO</u> <i>Indicare orientamento religioso dell'utente per cui si richiede l'iscrizione</i>
--

Religione (*)	
----------------------	--

<u>ALTRE SEGNALAZIONI</u> <i>Indicare qualsiasi ulteriore informazione utile</i>

--

<u>LIBERATORIA PER L'UTILIZZO DELLE IMMAGINI</u> <i>Indicare orientamento religioso dell'utente per cui si richiede l'iscrizione</i>

Durante lo svolgimento delle attività saranno acquisite delle immagini dei minori (*)	☐ AUTORIZZO al trattamento delle immagini ☐ NON AUTORIZZO al trattamento delle immagini
--	--

<u>USCITE DIDATTICHE SUL TERRITORIO (*)</u> <i>Indicare orientamento religioso dell'utente per cui si richiede l'iscrizione</i>
--

☐ AUTORIZZO e accetto integralmente e senza condizioni gli aspetti organizzativi della struttura e sollevo da ogni responsabilità la Cooperativa, per danni causati dall'utente ☐ NON AUTORIZZO alle uscite didattiche sul territorio
--

Sottoscrivendo il modulo, il soggetto dichiarante **esprime il consenso** al trattamento dei propri dati personali e quelli del minore e dichiara, altresì, di aver preso visione del “**Regolamento Sanitario**” e del “**Regolamento Interno**” allegati al presente modulo.

Via Lecce, 67/ A - 72012 CAROVIGNO (BR)
 P. IVA 02695950747 - SDI: X2PH38J
 IBAN: IT49J0306909606100000189160
 Banca Intesa Sanpaolo

educacooperativa@pec.it
 educacooperativasociale@gmail.com
 www.educacooperativasociale.it
 Tel. 0831218495 - Cell. 3479282482

 SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE	MODULO ISCRIZIONE CENTRO ESTIVO	MOD 31.05 Pag. 4 di 4 Ed. 1 - Rev. 0 del 09.06.2025
---	--	---

Si richiede altresì di fornire o meno il consenso esplicito per la ricezione di comunicazioni e aggiornamenti in merito ai servizi offerti da **EDUCA - SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE** compilando il campo relativo scelto tra quelli di seguito proposti:

- ☐ **ACCONSENTO** all'invio di materiale informativo da parte di **EDUCA - SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE** circa i propri servizi offerti.
- ☐ **NON ACCONSENTO** all'invio di materiale informativo da parte di **EDUCA - SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE** circa i propri servizi offerti.

Luogo e data

_____, (___), ____ / ____ / ____

Firma del genitore

Timbro e firma del Legale
Rappresentante della Cooperativa Educa

In allegato al seguente modulo
sarà fornito il documento di riconoscimento del genitore che effettua l'iscrizione e dell'utente.
Per qualsiasi ulteriore informazione, vi invitiamo a prendere visione
della nostra **Carta dei Servizi** e del **Regolamento Interno**.

Vi ringraziamo per aver scelto di affidare alla nostra Cooperativa
il vostro bene più prezioso!

Via Lecce, 67/A - 72012 CAROVIGNO (BR)
P. IVA 02695950747 - SDI: X2PH38J
IBAN: IT49J0306909606100000189160
Banca Intesa Sanpaolo

educacooperativa@pec.it
educacooperativasociale@gmail.com
www.educacooperativasociale.it
 Tel. 0831218495 - Cell. 3479282482