

ISCRIZIONE SERVIZIO "PUNTO STUDIO"

Il/La Sottoscritt_ _____ nat_ a _____ Prov _____ il
_____/_____/_____ Codice Fiscale _____ recapito telefonico
_____ residente a OLIENA in via _____ Documento di
riconoscimento: _____ Numero _____
Rilasciato da _____ in data ____/____/_____ scadenza ____/____/_____

CHIEDE

Per il/la figlio/a _____ nat_ a _____
il _____ residente a Oliena in via/piazza _____ n° _____ Classe e
scuola frequentata _____ insegnante di riferimento _____

l'ammissione al Servizio "PUNTO STUDIO" per i quali è previsto il versamento di una quota di contribuzione utenza di € 20,00 **mensili** a persona da versare, indipendentemente dall'effettiva frequenza, entro il 10° giorno di ogni mese mediante il sistema "Pago PA"

A TAL FINE DICHIARA

- di aver preso visione della deliberazione della Giunta Comunale n. 120 del 18.11.2019 e del relativo allegato;
- di autorizzare il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP) secondo l'informativa riportata sul presente modulo;
- **Che il proprio figlio ha titolo di priorità di accesso ai sensi di tale avviso per la seguente motivazione**

- Segnalazioni Particolari (*indicazioni utili per conoscere meglio le esigenze del bambino/ragazzo, allergie etc.*)

- É consapevole che la responsabilità degli operatori della Cooperativa Sociale Milleforme e del Comune di Oliena è limitata alle fasce orarie di attività;
- É inoltre a conoscenza che qualora si verificassero infortuni e sinistri gravi provocati volontariamente dagli iscritti, nonostante i ripetuti richiami del personale, la responsabilità non è da attribuire agli operatori.
- In mancanza di autocertificazione sullo stato di salute il Comune di Oliena e la Cooperativa Sociale Milleforme declinano alla famiglia o al tutore legale dell'iscritto/a ogni responsabilità derivante da qualsiasi forma di malessere, anche grave, che possa accadere all'iscritto/a.
- In caso di manomissioni dannose, da parte degli iscritti, ad oggetti, giocattoli e quant'altro di proprietà del Comune o della Cooperativa Milleforme la famiglia degli stessi è tenuta all'immediato rimborso.

AUTORIZZA

Il/La Propri_ figli_ a lasciare la struttura
 in qualsiasi momento

da solo/a
 con i genitori
 con altre persone (indicare nominativo e grado di parentela) _____

Nel contempo esonera il Comune di Oliena e la Cooperativa Sociale Milleforme per fatti accaduti all'esterno della sede del servizio dopo l'uscita del proprio figlio dallo stesso.

Informativa effettuata ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RGDP)

Il Comune di Oliena, con sede in Oliena, Via V. Emanuele 4, email: info@comune.olienu.it, pec: protocollo@pec.comune.olienu.it, tel: 0784/280200, nella sua qualità di **Titolare del trattamento dei dati**, tratterà i dati personali conferiti con la presente modulistica, sia su supporto cartaceo sia con modalità informatiche e telematiche, **esclusivamente al fine di espletare le attività di erogazione dei servizi richiesti, nell'esecuzione dei compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei pubblici poteri propri dell'Ente**, nel rispetto dei principi di cui al Regolamento UE 2016/679.

La informiamo che il trattamento dei Suoi dati personali avverrà secondo modalità idonee a garantire sicurezza e riservatezza e sarà effettuato utilizzando supporti cartacei, informatici e/o telematici per lo svolgimento delle attività dell'Amministrazione.

Il trattamento dei dati è improntato ai principi di liceità, correttezza e trasparenza e, in conformità al principio di cd "minimizzazione dei dati", i dati richiesti sono adeguati, pertinenti e limitati rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

In particolare, i dati sono raccolti e registrati unicamente per gli scopi sopraindicati e saranno tutelate la Sua dignità e la Sua riservatezza.

Il conferimento dei dati di cui alla presente modulistica è facoltativo, ma un eventuale rifiuto di fornirli comporterà l'impossibilità per l'Amministrazione di utilizzare i dati per le finalità indicate, con la conseguenza che non sarà possibile l'erogazione dei servizi richiesti.

I dati raccolti con la presente domanda potranno essere comunicati, se previsto da norma di legge o di regolamento, ad altri soggetti pubblici espressamente individuati e/o diffusi, laddove obbligatorio, a seguito di pubblicazione all'Albo Pretorio On line (ai sensi dell'art. 32, L. 69/2009) ovvero nella Sezione del sito istituzionale dell'Ente denominata "Amministrazione Trasparente" (ai sensi del D. Lgs. 33/2013 e ss.mm.ii).

Gli stessi dati potranno formare oggetto di istanza di accesso documentale ai sensi e nei limiti di cui agli artt. 22 e ss. L. 241/90, ovvero potranno formare oggetto di richiesta di accesso civico "generalizzato", ai sensi dall'art. 5, comma 2, e dall'art. 5 bis, D. Lgs. 33/2013.

I dati conferiti, saranno trattati dall'Amministrazione per il periodo necessario allo svolgimento dell'attività amministrativa correlata e conservati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa.

I dati saranno trattati esclusivamente dal personale, da collaboratori dell'Ente ovvero da soggetti esterni espressamente nominati come Responsabili del trattamento dal Titolare.

Al di fuori delle ipotesi sopra richiamate, i dati non saranno comunicati a terzi né diffusi.

Gli interessati hanno il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento, ai sensi degli artt. 15 e ss. RGDP.

Apposita istanza è presentata al Responsabile della Protezione dei dati dell'Ente (ex art. 38, paragrafo 4, RGDP), individuato in **NICOLA ZUDDAS SRL, P. Iva 01913870927, con sede in Via G.B. TUVERI 22, 09129 Cagliari, Tel. 070-370280, email privacy@comune.it, PEC privacy@pec.comune.it.**

Dichiaro di aver ricevuto tutte le informazioni di cui all'art. 13 RGDP in relazione ai dati contenuti nell'allegata modulistica.

L'interessato al trattamento dei dati

Allegati:

- documento di riconoscimento
- diagnosi funzionale o certificazione dello specialista che ha in trattamento il minore

Data _____

Firma _____