ALLEGATO A – DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Al Dirigente Scolastico

Il/La sottoscritto\a _____ nato\a a _____

prov. _____il _____domiciliato\a a_____

alla Via_____ tel. _____ cellulare _____

e-mail _____ Cod. fiscale _____

frequentante nell' A.S. 2024/2025 la classe _____del plesso_____dell'Istituto

_____e-mail _____@ _____

CHIEDE

di partecipare alla selezione per la frequenza dei moduli previsti dal progetto in modalità **Summer Camps**

PIANO ESTATE

Secondo l'allegata tabella:
si ricorda che ogni candidato può chiedere di partecipare ad un solo Summer Camp, indicando l'ordine di preferenza per quanto riguarda la scelta della settimana ***(classi terze e quarte***) e la scelta della settimana e/o della destinazione (**solo classi quinte**).
(N.B.: BARRARE LA CASELLA DI SCELTA)

Scelta	*Tipologia moduli*	*Nome percorso*	*N° di ore*	*N° preferenza*
	Lingua straniera (inglese per gli allievi della scuola primaria); Matematica, scienze e tecnologie; Educazione Motoria	Summer Camp Abruzzo Turno 1 (n.20 partecipanti)	*90*	
	Lingua straniera (inglese per gli allievi della scuola primaria); Matematica, scienze e tecnologie; Educazione Motoria	Summer Camp Abruzzo Turno 2 (n.40 partecipanti)	*90*	
	Lingua straniera (inglese per gli allievi della scuola primaria); Matematica, scienze e tecnologie; Educazione Motoria	Summer Camp Trentino Turno 3 (n.20 partecipanti)	*90*	

Il sottoscritto_____ genitore dell'allievo/a dichiara di aver preso visione del bando e di accettarne il contenuto impegnando se stesso e il/la proprio/a figlio/a a rispettare il calendario e le modalità di svolgimento del progetto, garantendo la presenza all'intera durata del Summer Camp.

DICHIARA INOLTRE

di essere a conoscenza che:

- Il progetto è totalmente gratuito per le famiglie, ma comporta un rilevante impegno organizzativo ed economico da parte dell'Istituto.

- Il numero di posti disponibili è limitato e la selezione potrà avvenire sulla base dell'ordine cronologico di presentazione della presente manifestazione, della disponibilità espressa e di altri criteri oggettivi stabiliti dall'Istituto Scolastico.
- **L'adesione è da considerarsi vincolante**: in caso di rinuncia non motivata da gravi e documentabili cause (es. malattia), l'Istituto si riserva la facoltà di **escludere l'alunno/a da future attività gratuite extracurricolari e a numero chiuso**, organizzate dallo stesso Istituto, come:

    - corsi pomeridiani a numero chiuso (es. lingua inglese, teatro, coding, sport);
    - uscite didattiche gratuite;
    - progetti PON o simili, qualora prevedano selezione.

Data:

Firma del genitore/tutore: _____

Ai sensi dell'art. 13 del D. L.vo 196/03, e successivo GDPR 679/2016 il sottoscritto autorizza l'istituto all'utilizzo ed al trattamento dei dati personali quali dichiarati per le finalità istituzionali, la pubblicizzazione del corso e la pubblicazione sul sito web.

Formello, _____ I genitori _____

_____

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITA' GENITORIALE

Il sottoscritto ..... padre/madre di .....

e

Il sottoscritto ..... padre/madre di .....

autorizza/zzano il proprio/a figlio/a a partecipare alle attività previste dal Progetto in avviso per l'anno scolastico 202_/202_ e ad essere ripreso/a, nell'ambito delle attività suddette, con telecamere, macchine fotografiche o altro.

In caso di partecipazione il sottoscritto si impegna a far frequentare il/la proprio/a figlio/a con costanza ed impegno, consapevole che per l'amministrazione il progetto ha un impatto notevole sia in termini di costi che di gestione.

Autorizzo, inoltre, l'istituto alla pubblicazione delle immagini, delle riprese video e di eventuali prodotti elaborati durante le attività formative, sul sito internet e/o comunque alla loro diffusione nell'ambito della realizzazione di azioni programmate dall'Istituto stesso. Tutto il materiale prodotto sarà conservato agli atti dell'istituto.

Si precisa che l'istituto depositario dei dati personali, potrà, a richiesta, fornire all'autorità competente del MIUR le informazioni necessarie per le attività di monitoraggio e valutazione del processo formativo a cui è ammesso l'allievo/a. I sottoscritti avendo ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali loro e del/della proprio/a figlio/a autorizzano codesto Istituto al loro trattamento solo per le finalità connesse con la partecipazione alle attività formativa previste dal progetto.

Formello, _____

Firme dei genitori

_____

_____

N.B.: In caso di un solo genitore dichiarante barrare il secondo rigo

AUTORIZZAZIONE SANITARIA
Summer Camp – A.S. 2024/2025

I sottoscritti:

- _____ (padre/madre/tutore) di _____
- _____ (padre/madre/tutore) di _____

Contatti telefonici:

- Padre/tutore: _____
- Madre/tutore: _____

Con riferimento alla **partecipazione del minore al Summer Camp gratuito organizzato dall'Istituto Comprensivo "Barbara Rizzo"**, e sulla base delle preferenze espresse nell'Allegato A,

dichiarano sotto la propria responsabilità quanto segue:

1. Informazioni sanitarie

Malesseri ricorrenti e rimedi abituali consigliati dal medico di famiglia:

_____

_____

Farmaci e terapie autorizzati per la somministrazione da parte del personale scolastico/accompagnatore:

_____

_____

Autorizzazione all'assunzione autonoma dei farmaci sopra elencati, sollevando il personale da ogni responsabilità:
☐ Sì ☐ No

Eventuali note: _____
Allergie particolari (inclusi farmaci e alimenti) e intolleranze alimentari:
(Allegare certificazione medica)

_____

_____

Vaccinazioni:
Ha effettuato la vaccinazione per l'antitetanica?
☐ Sì ☐ No Data ultima somministrazione: _____

_____

2. Condizioni fisiche e dichiarazioni

☐ Il/la proprio/a figlio/a è di sana e robusta costituzione fisica, ed è indenne da malattie infettive e/o contagiose, inclusa la pediculosi (pidocchi).

☐ Il/la proprio/a figlio/a non necessita di sostegno, supporto o assistenza "ad personam", né diurno né notturno, a causa di patologie o condizioni sanitarie particolari.

3. Stato giuridico e certificazioni (Legge 104/92 - Invalidità Civile)

Lo studente è beneficiario della Legge 104/92 o riconosciuto invalido civile?
☐ No

☐ Sì, ai sensi della Legge 104/92:

- ☐ Art. 3 comma 1
- ☐ Art. 3 comma 3

☐ Sì, invalido civile al 100%:

- ☐ con indennità di accompagnamento
- ☐ senza indennità di accompagnamento

IMPORTANTE:

- In caso di studenti rientranti nella Legge 104/92, art. 3 comma 3 o riconosciuti come invalidi civili al 100%, sarà necessaria la presenza di uno o più accompagnatori, in base alla gravità della condizione, con costi a carico della famiglia.

- Se il minore risulta autonomo nonostante la condizione riconosciuta, la famiglia dovrà presentare certificato medico attestante l'autonomia e l'assenza di necessità di supporto, redatto in modo chiaro e dettagliato dal medico curante o specialista, pena esclusione dal campo.

Data: _____

Firma di entrambi i genitori/tutori: _____

ALLEGATO C: TABELLA VALUTAZIONE TITOLI (Cerchiare per ogni box il punteggio autodichiarato)

VALORE ULTIMO ISEE PRESENTATO

VALORE DICHIARATO	PUNTEGGIO ASSEGNATO
0,00 euro o negativo o assenza di reddito	20 punti
Da 0,00 euro fino a 5.000,00 euro	15 punti
Da 5.001,00 euro fino a 20.000,00 euro	10 punti
Oltre i 20.001,00 euro fino ai 35.000,00 euro	5 punti
Oltre i 35.000,00 o non dichiarata	0 punti

MEDIA DI VOTO PRIMO QUADRIMESTRE

VALORE DICHIARATO	PUNTEGGIO ASSEGNATO
MEDIA PROPOSTE **IN VIA DI PRIMA ACQUISIZIONE**	5 PUNTI
MEDIA PROPOSTE **BASE**	10 PUNTI
MEDIA PROPOSTE **INTERMEDIO**	20 PUNTI
MEDIA PROPOSTE **AVANZATO**	30 PUNTI

VALUTAZIONE DEL COMPORTAMENTO CONSEGUITA NEL PRIMO QUADRIMESTRE

VALORE DICHIARATO	PUNTEGGIO ASSEGNATO
NON SUFFICIENTE	0 PUNTI
SUFFICIENTE	5 PUNTI
BUONO	10 PUNTI
DISTINTO	20 PUNTI
OTTIMO	30 PUNTI

ALLEGATO D – AUTODICHIARAZIONE ISEE

Il/La sottoscritto\a_____nato\a a _____

prov._____il_____domiciliato\a a_____

alla Via_____tel._____cellulare _____

e-mail_____Cod. fiscale _____

genitore dell'alunno_____C.F.:_____

frequentante nell' A.S. 2024/2025 la classe_____dell'Istituto_____

del plesso_____ e-mail_____@ _____

DICHIARA

AI SENSI DEGLI ART. 46 E 47 DEL DPR 28.12.2000 N. 445, CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUO'ANDARE INCONTRO IN CASO DI AFFERMAZIONI MENDACI AI SENSI DELL'ART. 76 DEL MEDESIMO DPR 445/2000 DICHIARA DI AVERE DI POSSEDERE I SEGUENTI TITOLI PER I QUALI SI RICHIEDE ATTRIBUZIONE DI PUNTEGGIO

TITOLO	VALORE DICHIARATO
Reddito ultimo ISEE presentato	

Luogo e data,_____ Firma_____