

Oggetto: ADESIONE AL “**PROGETTO di CONCILIAZIONE**” PROMOSSO DALLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA RIVOLTO AGLI ALUNNI DELLE SCUOLE DELL’INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO (3/13 ANNI) NEL PERIODO DI SOSPENSIONE ESTIVA DELLE ATTIVITÀ SCOLASTICHE. RICHIESTA DI INSERIMENTO NELL’ELENCO UNICO CIRCONDARIALE

Il sottoscritto in qualità di legale rappresentante dell’Ente gestore..... trasmette, in allegato alla presente, il progetto delle attività/campi estivi 2021 con il quale aderisce al “progetto di conciliazione” e chiede il proprio inserimento nell’elenco unico circondariale.

A tal fine, ai sensi del DPR n. 445/2000, dichiara che l’ente rappresentato:

- si impegna ad adottare le indicazioni operative finalizzate a incrementare l’efficacia delle misure precauzionali di contenimento per contrastare l’epidemia di Covid-19 che saranno contenute nei Protocolli nazionali e/o regionali per attività ludico-ricreative –centri estivi;
- si impegna ad attivare la Scia, o altro modello di autodichiarazione, e a presentare ogni eventuale ulteriore documentazione in base a quanto sarà disposto dai Protocolli nazionali e/o regionali per attività ludico-ricreative –centri estivi;
- si impegna al rispetto dei Protocolli nazionali e/o regionali per attività ludico-ricreative –centri estivi che saranno adottati dalle competenti autorità;
- garantisce, nel caso sia erogato il pasto, il rispetto delle normative europee, nazionali e regionali vigenti in materia di sicurezza alimentare e di somministrazione dei pasti e di essere in possesso, prima dell’inizio dell’attività, della notifica sanitaria per la produzione e/o somministrazione di pasti, nonché delle procedure di autocontrollo previste e si impegna a rispettare quanto previsto dalla normativa in materia in merito alla formazione del personale utilizzato;
- si impegna ad attivare un’adeguata copertura assicurativa, per responsabilità civile verso terzi e per infortuni per minori ed adulti presenti ai campi, almeno 15 giorni prima dell’inizio del primo campo e trasmettere copia delle polizze e delle quietanze entro tale termine al seguente indirizzo mail: **serviziallapersona@comune.medicina.bo.it**
- si impegna ad osservare quanto previsto dal D.lgs. 4 marzo 2014 n.39 “Attuazione della direttiva 2011/93/UE relativa alla lotta contro l’abuso e lo sfruttamento sessuale dei minori e la pornografia minorile”;
- si impegna a rispettare i requisiti di conformità delle strutture utilizzate previsti dalle vigenti normative in materia di igiene, sanità, prevenzione incendi, sicurezza degli impianti e accessibilità, documentata dal gestore con la segnalazione certificata di inizio attività o altra aiuto-dichiarazione richiesta dai protocolli vigenti;
- si impegna al rispetto della normativa vigente sulle attività rivolte a minori, in particolare quelle relative alla sicurezza sul lavoro, alla privacy, all’igiene e sicurezza degli alimenti;
- si impegna al rispetto della normativa vigente in materia contrattuale e previdenziale per il personale utilizzato nelle attività;

- dichiara l'assenza delle cause di esclusione di cui all'art. 80 del D. Lgs. 50/2016 per quanto applicabile;
 - accoglierà tutti i bambini richiedenti, fino ad esaurimento dei posti disponibili, senza discriminazioni di accesso se non esclusivamente determinate dalla necessità di garantire la continuità didattica;
 - accoglierà bambini disabili certificati ai sensi della Legge 104/1992 e ss.mm. in accordo con il Comune di residenza per garantire le appropriate modalità di intervento e di sostegno;
 - dispone e renderà accessibile alle famiglie un progetto, educativo e di organizzazione del servizio che contenga le finalità, le attività, l'organizzazione degli spazi, l'articolazione della giornata, il personale utilizzato (orari e turnazione);
 - garantisce l'erogazione di diete speciali per le esigenze dei bambini accolti nei casi sia erogato il pasto.
 - Di applicare la seguente tariffa settimanale _____
-

Allega alla presente domanda, il progetto educativo/organizzativo utilizzando lo schema proposto.

A pena di invalidità della dichiarazione, la sottoscrizione della dichiarazione dovrà essere accompagnata dalla copia fotostatica - non autenticata - di un documento di identità del sottoscrittore legale rappresentante;

Luogo e data

Il Legale Rappresentante

INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO EUROPEO PER LA PROTEZIONE DEI DATI 2016/679

La informiamo che i dati personali e sensibili da lei forniti e quelli che eventualmente fornirà anche successivamente formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata.

Per trattamento si intende la raccolta, registrazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione, distribuzione dei dati personali, ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni.

Titolare del trattamento e DPO

Il titolare del trattamento dati è il Comune di Medicina con sede legale in via Libertà 103 – 40059 Medicina (BO). Il DPO (Responsabile della Protezione dei dati), a cui è possibile rivolgersi per esercitare i diritti di cui all'art. 13 del GDPR e/o per eventuali chiarimenti in materia di tutela dati personali, è Lepida SPA.

Finalità e modalità del trattamento

Il Comune di Medicina, titolare del trattamento, tratta i dati personali liberamente conferiti, esclusivamente per finalità istituzionali.

Soggetti autorizzati al trattamento

I Suoi dati personali sono trattati da personale interno previamente autorizzato e designato quale incaricato del trattamento, a cui sono impartite idonee istruzioni in ordine a misure, accorgimenti, modus operandi, tutti volti alla concreta tutela dei suoi dati personali.

Destinatari dei dati personali

I suoi dati personali potranno essere:

- oggetto di diffusione sui siti istituzionali dei Comuni del Nuovo Circondario Imolese (Imola, Castel San Pietro, Dozza, Casalfiumanese, Castel Guelfo, Medicina, Mordano, Borgo Tossignano, Fontanelice, Castel del Rio) al fine della pubblicazione dell'elenco unico circondariale dove saranno inseriti gli enti gestori selezionati sulla base del presente avviso;
- oggetto di diffusione nel materiale pubblicitario dell'offerta dei Centri estivi 2021 che verrà predisposto dai singoli comuni; in tal modo, le famiglie che intendono fruire del contributo regionale, avranno modo di conoscere quali sono i gestori privati presso i quali è possibile utilizzare i voucher ed iscriversi presso tali centri estivi i propri figli;
- comunicati, al Comune di Imola in qualità di ente Capofila che provvederà alla successiva trasmissione dei dati alla Regione Emilia Romagna per lo svolgimento delle attività istituzionali finalizzate al "Progetto di Conciliazione Vita – lavoro" oggetto del presente bando e nel rispetto della normativa sulla Privacy.

Consenso

Il consenso del trattamento ai fini istituzionali è necessario ed obbligatorio per le finalità stesse.

Periodo di conservazione

I dati personali verranno conservati per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali i dati personali sono trattati (finalità istituzionali e non commerciali).

Diritti

Avrà in qualsiasi momento piena facoltà di esercitare i diritti previsti dalla normativa vigente; potrà far valere i propri diritti rivolgendosi al Comune di Medicina, scrivendo all'indirizzo dpoteam@lepida.it

I diritti sono quelli previsti dal Regolamento UE 2016/679 (GDPR):

- ricevere conferma dell'esistenza dei dati suoi personali e richiedere l'accesso al loro contenuto;
- aggiornare, modificare e/o correggere i suoi dati personali;
- chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco dei suoi dati trattati in violazione di legge;
- chiedere la limitazione del trattamento;
- opporsi per motivi legittimi al trattamento.

Trasferimento dei dati personali a Paesi extra UE

I suoi dati personali non sono trasferiti al di fuori dell'Unione europea

Luogo e data

Il Legale Rappresentante

PROGETTO ATTIVITA' ESTIVE 2021

PROGETTO DI CONCILIAZIONE

DENOMINAZIONE DEL PROGETTO/CAMPO ESTIVO:

.....

A. DENOMINAZIONE GIURIDICA E SEDE LEGALE

ESATTA DENOMINAZIONE

.....

INDIRIZZO

..... TEL.....

B. LEGALE RAPPRESENTANTE

NOMINATIVO.....

RECAPITO TELEFONICO

C. SEDE OPERATIVA (se diversa da quella legale)

INDIRIZZO.....

TELEFONO

FAX.....

D. COORDINATORE RESPONSABILE DEL PROGETTO/CAMPO

NOMINATIVO

TEL. CELL.

FAX

E. RECAPITO DI POSTA ELETTRONICA A CUI NOTIFICARE TUTTE LE COMUNICAZIONI DELL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE

E-MAIL.....

.....

F. CONTATTI E RECAPITI PER LE FAMIGLIE PER INFORMAZIONI ED ISCRIZIONI

INDIRIZZO.....

E-MAIL.....

TELEFONO

FAX.....

SITO WEB.....

In caso di approvazione del progetto, si autorizza la pubblicazione dei dati sopra indicati ai punti: (barrare quelli per i quali si autorizza, tenendo presente che la mancata autorizzazione alla pubblicazione dei dati di cui ai punti A e F comporta l'impossibilità di promuovere il progetto) ↑ A ↑ B ↑ C ↑ D ↑ E ↑ F

DESCRIZIONE SINTETICA DELLE ATTIVITA'/CAMPO

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FINALITA' (dettagliare finalità e obiettivi del progetto educativo ludico-ricreativo proposto)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FASCIA DI ETA' DEGLI UTENTI A CUI IL PROGETTO/CAMPO SI RIVOLGE

.....
.....

CALENDARIO DEI SINGOLI TURNI

.....
.....

ORARIO GIORNALIERO

.....
.....

SEDE DELLE ATTIVITA'

.....
.....

N° MASSIMO ISCRITTI PER TURNO

.....

COSTO **MASSIMO SETTIMANALE** (DA SPECIFICARE IN RELAZIONE ALLE EVENTUALI TIPOLOGIE DI CAMPO, ES. CON O SENZA PASTO, ECC.)

.....
.....

RAPPORTO NUMERICO EDUCATORE/MINORI PER TURNO

.....
.....

MODALITA' DI VERIFICA E MONITORAGGIO DELLE ATTIVITA'

.....
.....
.....
.....

EROGAZIONE DEI PASTI (specificare le modalità di gestione dei pasti e il numero di persone in possesso dei requisiti necessari alla somministrazione dei pasti)

.....
.....
.....

ORGANIZZAZIONE DEGLI SPAZI

.....

.....

POLIZZA ASSICURATIVA PER RESPONSABILITA' CIVILE VERSO TERZI

(scegliere tra le dichiarazioni sottostanti)

- si allega alla presente copia della polizza assicurativa n..... del.....e della quietanza di pagamento attestanti la copertura assicurativa;
- si dichiara che copia della polizza assicurativa e della quietanza di pagamento attestanti la copertura assicurativa saranno consegnate al Servizio Servizi Scolastici e Amministrativi almeno 15 giorni prima dell'inizio del primo campo;

POLIZZA ASSICURATIVA PER INFORTUNI A MINORI ED ADULTI PRESENTI AI CAMPI

(scegliere tra le dichiarazioni sottostanti)

- si allega alla presente copia della polizza assicurativa n..... del.....e della quietanza di pagamento attestanti la copertura assicurativa;
- si dichiara che copia della polizza assicurativa e della quietanza di pagamento attestanti la copertura assicurativa saranno consegnate al Servizio Servizi Scolastici e Amministrativi almeno 15 giorni prima dell'inizio del primo campo.

Luogo e data

IL LEGALE RAPPRESENTANTE

.....