

Al Comune di MEDICINA
Ufficio Servizi scolastici e politiche sociali

PEC:comune.medicina@cert.provincia.bo.it

ADESIONE AL “PROGETTO di CONCILIAZIONE” PROMOSSO DALLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA RIVOLTO AGLI ALUNNI DELLE SCUOLE DELL’INFANZIA, PRIMARIA E SECONDARIA NEL PERIODO DI SOSPENSIONE ESTIVA DELLE ATTIVITÀ SCOLASTICHE. RICHIESTA DI INSERIMENTO NELL’ELENCO UNICO CIRCONDARIALE

Il richiedente

Nome	Cognome	Luogo di Nascita	Data di Nascita
Luogo di residenza	Indirizzo	Civico	Cap
Codice Fiscale	Indirizzo E-mail	Recapito Telefonico	

in qualità di legale rappresentante dell’Ente gestore:

Denominazione			
Luogo della sede legale	Indirizzo	Civico	Cap
C.F.	P.IVA		
E-mail	Recapito Telefonico		

Trasmette, in allegato alla presente, il progetto delle attività/campi estivi 2023/2024 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 misure di contenimento per il contrasto dell’epidemia Covid-19 in vigore e quelle che potranno eventualmente essere disposte a livello nazionale;
- **si impegna ad attivare la Scia**, contestualmente all’apertura del servizio, 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 precisa che per le istituzioni scolastiche paritarie, tenuto conto che il servizio estivo offerto è assimilato all’attività principale erogata negli stessi spazi e strutture durante l’anno scolastico, non è necessario l’inoltro della segnalazione certificata di inizio attività (SCIA) al Comune sede della struttura contestualmente all’apertura del servizio estivo;
- è in possesso dei requisiti previsti dalla “Direttiva per organizzazione e svolgimento dei soggiorni di vacanza socioeducativi in struttura e dei centri estivi, ai sensi della L.R. n. 14/08, art. 14 e ss.mm.ii.”, approvata con deliberazione di Giunta regionale n. 247/2018 e modificata con deliberazione di Giunta regionale n. 469/2019;
- 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: serviziapersona@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);
- si impegnino ad adottare le misure di contenimento per il contrasto dell'epidemia Covid-19 in vigore e quelle che potrebbero eventualmente essere disposte a livello nazionale;
- garantisce l'erogazione di diete speciali per le esigenze dei bambini accolti nei casi sia erogato il pasto.
- Di applicare la seguente tariffa settimanale:
 - Full time _____ €
 - Part Time _____ €

*****le tariffe si intendono indicative ed escluse di tesseramenti. Eventuali costi aggiuntivi e/o scontistiche varie andranno meglio specificate nella modulistica che segue.*

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, _____

(firma leggibile del/della legale rappresentante)
Allegare copia del documento di identità

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 B.

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.

Finalità e modalità del trattamento

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

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.

Luogo e data, _____

(firma leggibile del/della legale rappresentante)

PROGETTO ATTIVITA' ESTIVE 2023/2024

PROGETTO DI CONCILIAZIONE

DENOMINAZIONE DEL CAMPO ESTIVO:

A. DENOMINAZIONE GIURIDICA E SEDE LEGALE

Ente Gestore

(C.F. _____ P.IVA _____)

Con sede legale in

via - cap.loc.(prov.....)

Tel.

(se diversa da quella legale, indicare la SEDE DEL CAMPO ESTIVO)

via - cap.loc.(prov.....)

Tel.

B. LEGALE RAPPRESENTANTE

NOMINATIVO.....

RECAPITO TELEFONICO

C. COORDINATORE RESPONSABILE DEL PROGETTO/CAMPO

NOMINATIVO

TEL.CELL.

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

E-MAIL.....

Tel.

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

INDIRIZZO.....

E-MAIL..... TELEFONO

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 E comporta l'impossibilità di promuovere il progetto)

- A
- B
- C
- D
- E

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

dal	al	dal	al

ORARIO GIORNALIERO

- Full time : dalle ore _____ alle ore _____
- Part Time dalle ore _____ alle ore _____

N° MASSIMO ISCRITTI PER TURNO

.....
COSTO DI ISCRIZIONE SETTIMANALE (indicare i costi di iscrizione settimanale, specificando l'eventuale quota tesseramento e scontistiche varie)

Full time: _____ €	Part time: _____ €
Costi aggiuntivi: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tessera associativa: _____ € ➤ Assicurazione: _____ € ➤ Altri ed eventuali: (da indicare se previsti) 	Sconti: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Iscrizione fratelli/ sorelle: _____ % ➤ Iscrizione a più settimane: _____ % ➤ Altre ed eventuali (da indicare se previste):

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 all'Ufficio Servizi Scolastici e politiche sociali
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 all'Ufficio Servizi Scolastici e politiche sociali
almeno 15 giorni prima dell'inizio del primo campo.

Luogo e data

IL LEGALE RAPPRESENTANTE