**COMUNE DI GAVIGNANO**

**DATI UTENTE**

Cognome…………………………………………………… Nome………………………………………………………………………………….. Codice fiscale……………………………………………………….. sesso M F  Data di nascita………………………………… Comune di nascita……………………………………………………… cittadinanza…………………………………………………………. Indirizzo……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Comune di residenza…………………………………………………………………….. CAP………………………………………………….. Scuola e classe di provenienza…………………………………………………………………………………………………………………..

Il minore| il nucleo familiare è seguito dai servizi sociali si  no 

**DATI DEL RICHIEDENTE**

In qualità di esercente la responsabilità genitoriale sul minore in quanto:  genitore  tutore  affidatario

Cognome…………………………………………………… Nome………………………………………………………………………………….. Codice fiscale……………………………………………………….. sesso M F  Data di nascita………………………………… Comune di nascita……………………………………………………… cittadinanza…………………………………………………………. Indirizzo……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Comune di residenza…………………………………………………………………….. CAP………………………………………………….. Telefono…………………………………………………………… Mail………………………..……………………………………………………..

**GENERALITA’ DELL’ALTRO GENITORE/TUTORE**

Cognome…………………………………………………… Nome………………………………………………………………………………….. Codice fiscale……………………………………………………….. sesso M F  Data di nascita………………………………… Comune di nascita……………………………………………………… cittadinanza…………………………………………………………. Indirizzo……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Comune di residenza…………………………………………………………………….. CAP………………………………………………….. Telefono…………………………………………………………… Mail………………………..……………………………………………………..

(ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA’)

**INDICARE SE:**

**Il bambino/a soffre di allergie** si  no 

Se sì indicare quali ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Il bambino/a soffre di patologie gravi** si  no 

Se sì indicare quali ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Il bambino/a è in situazioni di handicap certificato** si  no 

Se sì allegare copia certificato.

**DELEGA RITIRO BAMBINO|A**

I sottoscritti genitori………………………………………………………………………………………………………………………… del bambino/a …………………………………………………………………………………………………………………………………

Autorizzano le seguenti persone al ritiro del proprio bambino/a per l’intera durata del centro estivo

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome e Cognome**  | **Grado di parentela** | **Recapito**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

(ALLEGARE FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA’)

**Gavignano, ………………………**

**Firma del richiedente**