



## CITTÀ' DI CAVE

Città Metropolitana di Roma Capitale  
P.zza G.Garibaldi, 6 - 00033 CAVE (Rm)

### SCHEDA di ISCRIZIONE

#### DATI UTENTE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso M ☐ F ☐ Data Nascita \_\_\_\_\_

Comune di Nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Il richiedente è inserito in altri progetti risocializzanti sì ☐ no ☐

Il richiedente/il nucleo familiare è seguito dai servizi sociali o sanitari del territorio

sì ☐ no ☐

#### DATI DEL RICHIEDENTE ISCRIZIONE (ADULTO)

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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso M ☐ F ☐ Data Nascita \_\_\_\_\_

Comune di Nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Parentela \_\_\_\_\_ Titolo di Studio \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

#### Dati relativi all'attività lavorativa

Impegno lavorativo ☐ full-time (n. \_\_\_\_\_ ore settimanali) ☐ part-time (n. \_\_\_\_\_ ore settimanali)



## CITTÀ DI CAVE

Città Metropolitana di Roma Capitale  
P.zza G. Garibaldi, 6 - 00033 CAVE (Rm)

### GENERALITA' DELL' ALTRO GENITORE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso M ☐ F ☐ Data Nascita \_\_\_\_\_  
Comune di Nascita \_\_\_\_\_ Cittadinanza \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Comune di Residenza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Parentela \_\_\_\_\_ Titolo di Studio \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_  
Dati relativi all'attività lavorativa \_\_\_\_\_ Impegno lavorativo ☐ full-time ( n. \_\_\_\_\_ ore settimanali) ☐ part-time ( n. \_\_\_\_\_ ore settimanali)

### Altre informazioni relative al richiedente

Attività preferite, interessi, attività sportive e corsi frequentati durante l'anno.

Informazioni di carattere sanitario (disabilità, patologie, intolleranze, allergie, ecc.)

Altre informazioni da segnalare agli educatori

### MODALITA' DI FREQUENTAZIONE

Le attività si svolgeranno in orario antimeridiano dalle ore 9.00 alle 13.00 presso una Struttura idonea sita nel Comune di Cave. L'impegno sarà bisettimanale secondo calendario che verrà poi comunicato alle famiglie inserite nel materiale di promozione.

Le attività si svolgeranno nel mese di Settembre. La modulistica di richiesta di partecipazione al progetto, pubblicata e scaricabile dal sito del Comune di Cave (<https://www.comune.cave.rm.it/it-it/home>) o ritirabile presso il Servizio Sociale, dovrà essere consegnata a mano o inviata a mezzo PEC presso l'Ufficio Protocollo dell'Ente entro e non oltre le ore 12:00 del 26 agosto 2022 tramite la compilazione di apposita modulistica pubblicata sul sito istituzionale dell'Ente.



## CITTA' DI CAVE

Città Metropolitana di Roma Capitale  
P.zza G.Garibaldi, 6 - 00033 CAVE (Rm)

### SOMMINISTRAZIONE FARMACI

#### CHIEDO SOMMINISTRAZIONE INDISPENSABILE AUTORIZZATA DI FARMACI

SÌ ☐ allegare documentazione aggiornata NO ☐

### PROVVEDIMENTI RESTRITTIVI

CHIEDO APPLICAZIONE PROVVEDIMENTO RESTRITTIVO SÌ ☐ allegare documentazione aggiornata NO ☐

### SITUAZIONI PARTICOLARI

INTOLLERANZE SÌ ☐ NO ☐

ALLERGIE SÌ ☐ NO ☐

SITUAZIONI DI FRAGILITA' A CUI PRESTARE ATTENZIONE SÌ ☐ NO ☐

Specificare se  
necessario \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si alle alla presente:

- ☐ certificazione ISEE in corso di validità;
- ☐ copia del verbale di invalidità o certificazione sanitaria attestante la patologia del richiedente,
- ☐ nel caso di richiedenti stranieri non appartenenti all'Unione Europea copia del permesso di soggiorno in corso di validità.

Autorizzo il trattamento dei dati personali in conformità alla vigente normativa (Regolamento UE n. 679/2016 e s.m.i.), prestandone il relativo consenso per le finalità di cui al presente avviso.

Data

Firma dell'interessato