

Progetto realizzato con il contributo del



Dipartimento
per le politiche della famiglia
Presidenza del Consiglio dei ministri

Ente Beneficiario



COMUNE DI LASCARI



IncludiAMOci

Iniziativa “BenessereIncomune”

Interventi dei Comuni al fine di realizzare azioni orientate al benessere delle famiglie con figli minorenni di età compresa tra 7 e 14 anni che hanno aderito attraverso la sottoscrizione dell'Atto di adesione dal Comune Di Lascari

Codice procedimento: BIC2023 CUP J79I23001570001

I Sottoscritti

(madre) _____ nata a _____ residente in _____

CELL: _____

e (padre) _____ nato a _____ residente in _____

CELL: _____

genitori di _____ nato/a a _____ il _____

C.F. _____

AUTORIZZA IL PROPRIO FIGLIO A PARTECIPARE ALLE SEGUENTI ATTIVITA'

- | | | |
|--------------------------|------------------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> | Laboratorio di Recupero Scolastico | MAX 15 RAGAZZI |
| <input type="checkbox"/> | Laboratorio di Psicomotricità | MAX 15 RAGAZZI |
| <input type="checkbox"/> | Laboratorio di Arte Terapia | MAX 15 RAGAZZI |
| <input type="checkbox"/> | Laboratorio di Teatro Terapia | MAX 15 RAGAZZI |

- Laboratorio sulla Gestione e sulle competenze dei Social MAX 25 RAGAZZI
- Laboratorio di Ortoterapia MAX 15 RAGAZZI

REGOLAMENTO

- Ogni bambino/a potrà partecipare ad un massimo di 2 laboratori
- I suddetti Laboratori inizieranno giorno 13 Gennaio 2025 avranno cadenza settimanale seguendo un Calendario che sarà divulgato.
- Tutte le attività si svolgeranno presso
Biblioteca Comunale,
la Sala Multifunzionale del Comune di Lascari,
la sede della Coop. Soc. Arti Terapie L'Arcobaleno sita in via Alcide De Gasperi 1c,
la sede della Coop.Soc. La Mimosa sita in Via C. Napopitani 6/10,
Bene confiscato S.Statale L.C.
- I giorni e gli orari stabiliti devono essere rispettati

L'iscrizione entro le ORE 12.00 del 23/12/2024

Data

Firma Madre

Firma Padre

Ente Beneficiario

Progetto realizzato con il contributo del



Dipartimento
per le politiche della famiglia
Presidenza del Consiglio dei ministri



COMUNE DI LASCARI



IL/La Sottoscritta/o _____ nato a _____ residente
in _____ CELL: _____ genitore di _____
nato/a a _____ il _____ C.F. _____

DICHIARA

- di voler partecipare al Laboratorio dedicato ai genitori dal Titolo “GENITORIALITA’ E MINDFULLNESS”

REGOLAMENTO

- Il suddetto Laboratorio avrà cadenza settimanale seguendo un Calendario che sarà divulgato.
- Tutte le attività si svolgeranno presso la Sala Multifunzionale del Comune di Lascari
- I giorni e gli orari stabiliti devono essere rispettati

L'iscrizione entro le ORE 12.00 del 23/12/2024

Data _____

Firma _____

LIBERATORIA/AUTORIZZAZIONE PER LA PUBBLICAZIONE DI FOTO E VIDEO

Il/La sottoscritto/a _____
Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ Prov. _____ Il _____
Residente a _____ Prov. _____ Via _____ n° _____
C.F. _____ genitore di _____ nato/a
a _____ il _____

Con riferimento alle immagini (foto e video) scattate durante le Attività Laboratoriali relative all'iniziativa dal Titolo "**BENESSERE IN COMUNE**", con la presente:

AUTORIZZA a titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli artt. 10 e 320 cod.civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore, alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma delle proprie immagini sul sito internet dell'Università degli Studi di Macerata, su carta stampata e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione, nonché autorizza la conservazione delle foto e dei video stessi negli archivi informatici della Soc.Coop.Soc. Arti Terapie L'arcobaleno e Soc.Coop.Soc. La Mimosa e prende atto che la finalità di tali pubblicazioni sono meramente di carattere informativo ed eventualmente promozionale. La presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare via posta comune o e-mail.

Luogo e Data: _____

In fede _____

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ARTT. 13 E 14 DEL
REGOLAMENTO EUROPEO SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (UE)
679/2016- GDPR- E DEL D.LGS. 30/06/2003)**

I Sottoscritti

(madre) _____ nata a _____ residente in _____

CELL: _____

e (padre) _____ nato a _____ residente in _____

CELL: _____

genitori di _____ nato/a a _____ il _____

C.F. _____

DICHIARA

di autorizzare la raccolta dei dati personali e di essere informato, ai sensi dell'art 13 e 14 del regolamento europeo sulla protezione dei dati personali (UE) 679/2016 – GDPR – e del D.Lgs 30/06/2003 , n. 196 e s.m.i. , che I dati personali raccolti saranno trattati nei termini di correttezza, trasparenza e liceità.

Si allega documenti di riconoscimento

DATA _____

Firma _____