

AL RESPONSABILE DELLA ZONA DISTRETTO
PIANA DI LUCCA - AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST
dott. Luigi Rossi

IL SOTTOSCRITTO/A
GENITORE DI
NT. o/a IL
RESIDENTE A

premessò che

nel corso dei mesi di luglio ed agosto, con la collaborazione delle Amministrazioni Comunali, saranno organizzate attività estive nelle quali sarà garantita l'assistenza a bambini/e, ragazzi/e e giovani frequentanti le scuole di ogni ordine e grado, con certificazione di gravità ai sensi dell'art. 3 comma 3 della Legge 104/92;

sono programmate **due tipologie di attività estive**, la prima (attività estive comunali) per la fascia di età fino a 14 anni e la seconda (progetti speciali) per la fascia di età da sopra 14 e fino a 23 anni;

l'inserimento in tali attività potrà avvenire su richiesta dei genitori e/o esercenti la potestà genitoriale, a seguito della valutazione dell'UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest - Zona Distretto Piana di Lucca) e in base alle risorse economiche disponibili;

qualora risulti che non vi sia la possibilità di partecipare alle attività sopra indicate, potrà essere richiesto *in alternativa* - sempre nei limiti della disponibilità economica - un assegno di cura straordinario utilizzabile per lo stesso periodo e con le medesime finalità non cumulabile con interventi economici già in atto;

quanto sopra premesso,

CHIEDE

1 che il/la figlio/a possa partecipare alle attività estive 2017 per il seguente periodo:

| mese | Periodo del mese |
|------|------------------|
| | |
| | |

D i c h i a r a

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003, di essere consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del d.lgs.196/2003, e presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

(data)

FIRMA DEL GENITORE

.....

(alternativa)

C h i e d e

1 che venga concesso un assegno di cura straordinario che sarà utilizzato per le medesime finalità, dichiarandosi consapevole che:

1.1 l'utilizzazione dell'assegno dovrà essere resocontata mediante dichiarazione resa ai sensi del DPR 445/2000 da produrre entro il 30 settembre 2017;

1.2 agli esiti di successive verifiche, qualora risulti che l'assegno non sia stato utilizzato per le finalità sopra indicate, potrà esserne richiesta la restituzione.

| mese | Periodo del mese |
|------|------------------|
| | |
| | |

D i c h i a r a

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003, di essere consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del d.lgs.196/2003, e presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

(data)

FIRMA DEL GENITORE

.....

IMPORTANTE: La presente domanda dovrà essere consegnata e protocollata presso l'Ufficio Protocollo padiglione B primo piano Cittadella della Salute Campo di Marte di Lucca nel seguente orario: dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 12,00 entro il 30 maggio 2017.