

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

IL SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_  
GENTORE DI \_\_\_\_\_  
NATO /A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_  
RESIDENTE A \_\_\_\_\_  
RECAPITO TEL. \_\_\_\_\_

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 responsabilità 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 2018 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

che venga concesso un assegno di cura straordinario che sarà utilizzato per le medesime finalità,

mese	Periodo del mese

(allegare documento attestante IBAN )

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

.....

---

Allegato 1 - CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Allegato 2 – COPIA DOCUMENTO RICONOSCIMENTO

**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 2018.