



MODULO DI ISCRIZIONE EDUCAMP 2024

La/Il sottoscritta/o _____ nata/o il _____

a _____ Prov (____) Cap _____

e residente a _____ in Via _____ n° _____

Codice Fiscale _____

Telefono lavoro _____ Telefono cell. _____

E-mail _____

Genitore o esercente la potestà genitoriale di:

Nome _____ Cognome _____

Nato a _____ il _____

- **Iscrivo mio/a figlio/a al CAMPUS ESTIVO EDUCAMP 2024 che si terrà presso gli impianti sportivi di Camerino, Castelraimondo e dei comuni limitrofi.**
- Autorizzo la pubblicazione in forma gratuita delle proprie immagini e/o di quelle del/della proprio/a figlio/a riprese presso durante lo svolgimento delle attività didattiche, laboratoriali, educative e ricreative del servizio per l'uso esclusivo di materiale didattico e documentativo delle stesse vietandone altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale ed il decoro.
- Autorizzo la partecipazione del/la proprio/a figlio/a alle uscite, organizzate anche in collaborazione con Enti ed altre Associazioni, che comporteranno spostamenti in località limitrofe.

L'iscrizione scelta è: (barrare con una X solo una casella per ogni settimana)

Settimana	Solo mattino	Part time	Full time	Full time con gita
	dalle 8:00 alle 13:00	dalle 8:00 alle 14:30	dalle 8:00 alle 17:30	
10 - 14 giugno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 - 21 giugno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 - 28 giugno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
01 - 05 luglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 - 12 luglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 - 30 agosto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 - 06 settembre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Allega

Autodichiarazione Scheda sanitaria per minori

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del documento "Regole di partecipazione e programma di massima" e dell'Informativa sulla Privacy di seguito riportata.

Data: _____ Firma leggibile per esteso _____

INFORMATIVA ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta l'Associazione Sportiva Dilettantistica Camerino Castelraimondo.

1. I dati personali quali cognome, nome, luogo e data di nascita, residenza, e-mail, telefono, ecc. (in seguito, "dati personali" o anche "dati"), da Lei forniti, anche per il minore, con il Suo consenso e nel Suo legittimo interesse verranno utilizzati per l'iscrizione al Campo Estivo organizzato dall'ASD.

2. Base giuridica di tale operazione sono l'art. 36 c.c., la normativa fiscale relativa agli enti non commerciali, in particolare l'art. 148 del T.U.I.R. l'art. 4 del D.P.R. 633/72 e l'art. 90 della Legge 289/2002, nonché le norme del CONI e Federali relative al tesseramento e alla partecipazione alle attività organizzate da tali enti o con la loro partecipazione.

3. I legittimi interessi del titolare del trattamento perseguiti con tale attività sono una chiara e corretta applicazione delle disposizioni statutarie sull'ordinamento interno e l'amministrazione dell'associazione, la possibilità di usufruire delle agevolazioni fiscali spettanti all'associazione, la possibilità di partecipare alle attività organizzate dagli enti citati al precedente punto 1.

4. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: su schede manuali conservate in luoghi chiusi ed in maniera informatizzata; autorizzati ad accedere a tali dati sono il presidente e gli incaricati dell'associazione. Ai sensi dell'art. 4 n. 2 del G.D.P.R., il trattamento dei dati personali potrà consistere nella raccolta, registrazione, organizzazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

5. I dati personali saranno conservati per la durata del campo estivo ed il tempo indispensabile per procedere alle formalità richieste dalle Federazioni Sportive e/o gli Enti di Promozione Sportiva cui siamo affiliati: tale termine è determinato dal codice civile, dalla normativa fiscale e dalle norme e regolamenti del CONI e delle Federazioni Sportive e/o gli Enti di Promozione Sportiva cui siamo affiliati. La verifica sulla obsolescenza dei dati oggetto di trattamento rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti e trattati viene effettuata periodicamente.

6. Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'iscrizione al campo estivo ed è quindi indispensabile per l'accoglimento della sua domanda; l'eventuale rifiuto a fornirli comporta l'impossibilità di accogliere la Sua domanda di iscrizione.

7. I dati anagrafici potranno essere comunicati esclusivamente alla Federazione Sportiva ovvero agli Enti di Promozione Sportiva cui siamo affiliati, al CONI e alla Compagnia Assicuratrice; tutti i dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

8. Il trattamento dei dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale" riguarderà esclusivamente i dati sanitari richiesti come certificato medico ed i dati dichiarati nella sezione "SCHEDA SANITARIA PER MINORI – SANITARY CARD FOR MINORS" sono conservati esclusivamente per il periodo dell'iscrizione del minore.

9. Il titolare del trattamento è la ASD Camerino Castelraimondo con sede in Camerino Loc. Torre del Parco, snc, contattabile all'indirizzo mail asdduecci@gmail.com.

10. Il responsabile del trattamento è Roberto Carboni, Presidente dell'ASD, contattabile all'indirizzo mail asdduecci@gmail.com.

11. In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti di conoscere i dati che La riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, di ricevere i dati in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, di revocare il consenso eventualmente prestato relativamente al trattamento dei Suoi dati in qualsiasi momento ed opporsi in tutto od in parte, all'utilizzo degli stessi come sanciti dagli artt. da 15 a 20 del G.D.P.R. Tali diritti possono essere esercitati attraverso specifica istanza da indirizzare tramite raccomandata – o PEC – al Titolare del trattamento.

12. Lei ha il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Tale diritto potrà essere esercitato inviando la revoca del consenso all'indirizzo e-mail indicato nel precedente punto 10.

13. Lei ha il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali ovvero alla diversa autorità di controllo che dovesse essere istituita dal Decreto previsto della Legge Comunitaria n. 163/2017

14. Non esiste alcun processo decisionale automatizzato, né alcuna attività di profilazione di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4 del G.D.P.R.

Spazio riservato all'ASD Camerino Castelraimondo

Sconto applicabile: (**barrare con una X**)

Iscrizione plurisettimanale (€ 10,00 a settimana)

Iscrizione del secondo figlio/a (€ 5,00 a settimana)

Ricevo la somma in contanti di € _____

Allego lo scontrino del POS relativo al pagamento della somma pari ad € _____

Allego stampa del bonifico relativo al pagamento della somma pari ad € _____


SCHEDA SANITARIA PER MINORI – SANITARY CARD FOR MINORS

Cognome - <i>surname</i>	Nome – <i>first name</i>
Luogo e data di nascita – <i>place and date to birth</i>	Nazionalità - <i>nationality</i>
Residenza, indirizzo, telefono – <i>domicile complete address, phone</i>	
Medico curante – <i>doctor in charge</i>	
Libretto sanitario n.	ASUR

MALATTIE PREGRESSE – PREVIOUS DISEASES

Morbillo – <i>measles</i>	si - <i>yes</i>	no	non so – <i>unknow</i>	vaccinato - <i>vaccinated</i>	si – <i>yes</i>	no
Parotite – <i>mumps</i>	si - <i>yes</i>	no	non so – <i>unknow</i>	vaccinato - <i>vaccinated</i>	si – <i>yes</i>	no
Pertosse - <i>whooping-cough</i>	si - <i>yes</i>	no	non so – <i>unknow</i>	vaccinato - <i>vaccinated</i>	si – <i>yes</i>	no
Rosolia – <i>rubella</i>	si - <i>yes</i>	no	non so – <i>unknow</i>	vaccinato - <i>vaccinated</i>	si – <i>yes</i>	no
Varicella – <i>varicella</i>	si - <i>yes</i>	no	non so – <i>unknow</i>	vaccinato - <i>vaccinated</i>	si – <i>yes</i>	no

ALLERGIE – ALLERGIES

	Specificare – <i>specify</i>
farmaci <i>Drugs</i>	
pollini <i>Pollens</i>	
polveri <i>Dusts</i>	
muffe <i>Moulds</i>	
punture di insetti <i>insect stings</i>	

altro - *other diseases*: _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – *included papers concerning diseases and terapie in progress*: _____

Intolleranze alimentari – *food intolerance*: _____

Per il/la minore (barrare l'opzione esatta) – *As regards the minor (bar the right choice)*:

- non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici – *no medical help was in the last 5 days*
- è stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività
Medical help was requested – the absence of infectious disease such a sto controindicate the admittance of the same minor in the community is declared by enclose medical certification

Data: _____ Firma leggibile per esteso _____