



Comune di Sessa Aurunca
Assessorato Servizi Sociali

LABORATORI CREATIVI!

GENNAIO-FEBBRAIO 2023



*Coop. l'Arte dell'Incontro
Laboratorio Benessere*

*Contatti 347 0655204
lartedellincontro@blu.it*

*Evento pioniere in ambito educativo, un viaggio alla ricerca del Benessere.
Vieni a scoprirlo con noi!*

*10-13-15-24-27 Febbraio presso i locali della scuola.. Un incontro on-line alla
scoperta del Larp (Live Action role Playing)*

È possibile prenotare contattando direttamente le cooperative sociali!

*Il progetto è rivolto a bambini e ragazzi minori
residenti nel comune di Sessa A.*

*Iscrizione
gratuita!*



*Servizio navetta
gratuito!*

ALLEGATO A



COMUNE DI SESSA AURUNCA
Provincia di Caserta
SERVIZI SOCIALI

DOMANDA DI SELEZIONE PER LA PARTECIPAZIONE

I sottoscritti e

genitori di

chiedono che il proprio figlio venga ammesso a partecipare alle attività formative relative al percorso prescelto come di seguito indicato/i:

Indicare il percorso prescelto con una X	Tipologia di Attività	Ente Organizzatore
<input type="checkbox"/>	"Laboratorio sulla biodiversità"	Associazione ARCADIA -Onlus
<input type="checkbox"/>	"Laboratorio Creativo"	COOPERATIVA Sociale "Al di La' dei Sogni"
<input type="checkbox"/>	"Laboratorio Benessere"	Società Cooperativa l'Arte dell'Incontro
<input type="checkbox"/>	"Laboratorio storico-artistico"	Cooperativa Sociale New Server arl
<input type="checkbox"/>	"Laboratorio sulla biodiversità"	Coop DIDAXE' - Impresa Sociale ARL
<input type="checkbox"/>	"Laboratorio Creativo"	Cooperativa Sociale San Vincenzo de' Paoli Onlus

Residenza:

Città CAP Via

Telefono fisso : Cellulare

Firma del 1° genitore

Firma del 2° genitore

(Allegare copia documenti di identità dei firmatari)

ALLEGATO A

**SCHEDA ANAGRAFICA CORSISTA
SEZIONE 1 - DATI ANAGRAFICI**

Codice Fiscale	_____
Nome	_____
Cognome	_____
Luogo di Nascita	_____
Data di Nascita	_____

CONSENSO PER CORSISTA MINORENNE

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
residente in via _____ città _____ prov. _____

e

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____,
residente in via _____ città _____ prov. _____

GENITORI/TUTORI LEGALI

dello studente _____ nato/a il _____
, residente a _____ via _____

DICHIARA/NO DI AVER PRESO VISIONE DELL'INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI

ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003, e,
dichiarando di essere nel pieno possesso dei diritti di esercizio della potestà genitoriale/tutoria nei
confronti del minore,

AUTORIZZA/NO LA RACCOLTA E IL TRATTAMENTO DEI DATI DEL MINORE NECESSARI
per l'accesso alle attività formative del progetto autorizzato dal Comune di Sessa Aurunca
Data // _/ _/ _

Si allega copia/e del/i documento/i di identità in corso di validità.

Firma del/dei genitore/i o tutore/i
