

Assessorato Sanità, Salute e politiche sociali
servizio disabili
Loc. Grande Charrière,40
11020 Saint Christophe AO
Tel. 0165/527112 – 7013 Fax. 0165/527100

ATTIVITA' ACQUATICHE
DOMANDA DI INSERIMENTO

IL/LA sottoscritto/a _____

residente a _____ in via _____ n. _____

Cap _____ Comune _____ Tel/Cell _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

In qualità di _____ (Famigliare-Tutore*-Curatore*-Amministratore di sostegno*)

* In questi casi è necessario fornire la documentazione che certifichi il ruolo in questione

OPPURE

L'Istituzione Scolastica _____

Indirizzo _____ n° _____

Cap _____ Comune _____ Tel. n° _____

E-mail _____

Codice Fiscale o Partita IVA _____

Nella persona di _____ N° DI CELL: _____

(Specificare se: Insegnante di sostegno-Operatore di sostegno-Accompagnatore _____)

CHIEDE L'INSERIMENTO

Di _____

residente a _____ in via _____ n. _____

Cap _____ Comune _____ Tel/Cell _____

nato a _____ il _____ C.F. _____

PAGAMENTO DELLA QUOTA CONTRIBUTIVA

SI CHIEDE GENTILMENTE DI SPECIFICARE CHI SALDERA' LA QUOTA DEL CORSO (segnare con una crocetta X)

FAMIGLIA _____ ISTITUZIONE SCOLASTICA _____ (Alle Istituzioni sarà inviata la fattura)

ALLE ATTIVITA' ACQUATICHE DEL SEGUENTE CICLO (segnare con una crocetta X)

- | | | | |
|--------------------------|---------------------|------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Gennaio – Febbraio | 2012 | 1° ciclo |
| <input type="checkbox"/> | Marzo – Aprile | 2012 | 2° ciclo |
| <input type="checkbox"/> | Maggio – Giugno | 2012 | 3° ciclo |
| <input type="checkbox"/> | Settembre – Ottobre | 2012 | 4° ciclo |
| <input type="checkbox"/> | Novembre – Dicembre | 2012 | 5° ciclo |

ATTENZIONE: si possono **segnare al massimo 3 cicli**. Al fine di accontentare tutti gli utenti **non si garantiscono 3 cicli consecutivi**

1° ciclo	<u>GENNAIO-FEBBRAIO</u>				LEZ	<u>PISCINA DI</u>
Lunedì = 9-16-23-30	(gennaio)	6-13-27	(febbraio)		7	VARINEY
Martedì = 10-17-24-31	(gennaio)	7-14-28	(febbraio)		7	SARRE
Mercoledì = 11-18-25	(gennaio)	1-8-15-29	(febbraio)		7	CHATILLON
Venerdì = 13-20-27	(gennaio)	3-10-17	(febbraio)	2 (marzo)	7	SARRE

Pausa per Vacanze d'Inverno: dal 20 al 24 febbraio compreso

2° ciclo	<u>MARZO-APRILE</u>				LEZ	<u>PISCINA DI</u>
Lunedì = 5-12-19-26	(marzo)	16-23-30	(aprile)		7	VARINEY
Martedì = 6-13-20-27	(marzo)	10-17-24	(aprile)		7	SARRE
Mercoledì = 7-14-21-28	(marzo)	11-18	(aprile)	2 (maggio)	7	CHATILLON
Venerdì = 9-16-23-30	(marzo)	13-20-27	(aprile)		7	SARRE

Pausa per Vacanze Pasquali: dal 2 al 9 aprile compreso

3° ciclo	<u>MAGGIO-GIUGNO</u>				LEZ	<u>PISCINA DI</u>
Lunedì = 7-14-21-28	(maggio)	4-11-18-25	(giugno)		8	VARINEY
Martedì = 8-15-22-29	(maggio)	5-12-19-26	(giugno)		8	SARRE
Mercoledì = 9-16-23-30	(maggio)	6-13-20-27	(giugno)		8	CHATILLON
Venerdì = 4-11-18-25	(maggio)	1-8-15-22	(giugno)		8	SARRE

4° ciclo	<u>SETTEMBRE-OTTOBRE</u>				LEZ	<u>PISCINA DI</u>
Lunedì = 10-17-24	(settembre)	1-8-15-22-29	(ottobre)		8	VARINEY
Martedì = 11-18-25	(settembre)	2-9-16-23-30	(ottobre)		8	SARRE
Mercoledì = 12-19-26	(settembre)	3-10-17-24-31	(ottobre)		8	CHATILLON
Venerdì = 14-21-28	(settembre)	5-12-19-26	(ottobre)		7	SARRE

5° ciclo	<u>NOVEMBRE-DICEMBRE</u>				LEZ	<u>PISCINA DI</u>
Lunedì = 5-12-19-26	(novembre)	3-10-17	(dicembre)		7	VARINEY
Martedì = 6-13-20-27	(novembre)	4-11-18	(dicembre)		7	SARRE
Mercoledì = 7-14-21-28	(novembre)	5-12-19	(dicembre)		7	CHATILLON
Venerdì = 9-16-23-30	(novembre)	7-14-21	(dicembre)		7	SARRE

Pausa per Ponte Tutti i Santi: dal 1° al 4 novembre

GIORNO DI PREFERENZA (segnare con una crocetta X)

- | | | | | |
|--------------------------|------------------|---|-------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Lunedì | 9.00 – 12.00 (orari di entrata in acqua = 9.00 / 10.00 / 11.00) | _____ | Presso PISCINA VARINEY |
| <input type="checkbox"/> | Martedì | 14.00 - 16.00 (orari di entrata in acqua = 14.00 / 15.00) | _____ | Presso PISCINA SARRE |
| <input type="checkbox"/> | Mercoledì | 9.00 – 12.00 (orari di entrata in acqua = 9.00 / 10.00 / 11.00) | _____ | Presso PISCINA CHATILLON |
| <input type="checkbox"/> | Venerdì | 9.00 – 12.00 (orari di entrata in acqua = 9.00 / 10.00 / 11.00) | _____ | Presso PISCINA SARRE |

ATTENZIONE: L'utente può segnalare la preferenza; tuttavia il giorno e l'orario definitivo **verranno concordati direttamente con i responsabili dell'attività.**

LIBERATORIA IMMAGINI FOTOGRAFICHE E VIDEO

Si concede la liberatoria (**UTILIZZO SOLO AD USO INTERNO**) per fotografare o riprendere gli esercizi in acqua per migliorare l'eventuale progressione didattica. SI () NO () Barrare con una X

Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE

IL/LA sottoscritta _____

dichiara di essere in possesso dell'attestazione rilasciata ai sensi degli artt. 3 e 4 della Legge nazionale 104/1992, relativa all'accertamento dell'handicap o, per i casi previsti dal comma 3 dell'art. 94 della Legge nazionale n. 289/2002 della dichiarazione di gravità rilasciata dal medico di base.

OPPURE

IL/LA sottoscritta _____

DICHIARA

che il sig. _____

per il quale si richiede l'ammissione al servizio in oggetto è in possesso dell'attestazione rilasciata ai sensi degli artt. 3 e 4 della Legge nazionale 104/1992, relativa all'accertamento dell'handicap o, per i casi previsti dal comma 3 dell'art. 94 della Legge nazionale n. 289/2002, della dichiarazione di gravità rilasciata dal medico di base.

Data _____ Firma _____

TIPOLOGIA DISABILITA'

Specificare la disabilità (sindrome ecc): _____

Esperienze precedenti in acqua: _____

Livello di autonomia fuori dall'acqua (cammina autonomo , assistito ecc.): _____

Controllo della respirazione e deglutizione: _____

Grado di comprensione delle richieste (scarso , discreto, buono): _____

Peso: _____ Altezza: _____ Pressione _____

MOTIVO PER CUI VIENE RICHIESTO L'INSERIMENTO ALLE ATTIVITA' ACQUATICHE

Consigli e particolari atteggiamenti da tenere in considerazione con la persona con disabilità e che frequenterà l'attività con gli istruttori (gradisce il contatto, non lo gradisce in alcuni punti, ama sentire canticchiare, si infastidisce se.....ecc...)

Tutela della privacy – Avvertenza

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) si informa che l'Assessorato sanità, salute e politiche sociali utilizzerà i dati personali e quelli sensibili in suo possesso per i fini istituzionali collegati alla presente domanda e che essi saranno comunicati all'Associazione Apnea National School Asd, la quale è autorizzata al trattamento degli stessi.

Per presa visione: firma _____

N.B.: l'Amministrazione regionale può, ai sensi dell'art. 38 della l.r. 2/7/1999, n. 18, procedere ad idonei controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rilasciate

Data _____

Firma _____

CONSENSO AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30.06.2003, N. 196

(Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il/la sottoscritto/a _____, informato/a, ai sensi
Decreto Legislativo 30.06.2003, n. 196

ACCONSENTE

al trattamento dei dati personali, sia comuni che sensibili, del/la Sig/Sig.ra _____ nel rispetto
della normativa vigente e per i soli fini applicativi.

Data _____

Firma _____

Note informative:

D.P.R. 445/2000 – Art. 76 – commi 1 e 2 –

“Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del Codice Penale e delle leggi speciali in materia;

L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso”.

D.P.R. 445/2000 – Art. 38 – comma 3 –

“Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi dell'amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore. La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo. Le istanze e la copia fotostatica del documento di identità possono essere inviate per via telematica.... Omissis.....”