

SCHEDA DI ISCRIZIONE 3 2 1...SCUOLA! Laboratorio sui prerequisiti scolastici
(si prega di compilare in stampatello chiaro e preciso)
I/IL/LA SOTTOSCRITTI/O/A*

Dati del padre o tutore:			
COGNOME	NOME		
NATO A	IL		
CF	VIA	N.	
CITTA'	CAP	PROV	
TEL.	E MAIL		
Dati della madre o tutrice:			
COGNOME	NOME		
NATA A	IL		
CF	VIA	N.	
CITTA'	CAP	PROV	
TEL.	E MAIL		
Dati dell'utente:			
COGNOME	NOME		
NATO/A	IL		
CF	VIA		
CITTA'	CAP	PROV	
ISCRITTO/A ALLA CLASSE	SCUOLA		
È SEGUITO DA QUALCHE SERVIZIO?	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO		
INDICARE QUALE	PROFESSIONISTA		
Il servizio va fatturato a:			
<input type="checkbox"/> PADRE/TUTORE	<input type="checkbox"/> MADRE/TUTRICE	<input type="checkbox"/> % PADRE	<input type="checkbox"/> % MADRE
<input type="checkbox"/> UTENTE	<input type="checkbox"/> ALTRO (SPECIFICARE nome cognome – CF – residenza)		
IBAN INTESTATARIO FATTURA (in caso di fatturazione intestata a utente minore indicare un iban d'appoggio)			
IBAN PADRE/TUTORE		IBAN MADRE/TUTRICE	
La fattura va inviata a:	<input type="checkbox"/> PADRE/TUTORE	<input type="checkbox"/> MADRE/TUTRICE	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare sotto indirizzo mail)
La fattura va inviata al sistema STS (730 precompilato)	<input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO		

* In caso di potestà genitoriale in capo ad un solo genitore (affidamento esclusivo, mancanza di un genitore, etc.) è richiesta un'autocertificazione che attesti quanto sopra, accompagnata da eventuale documentazione ufficiale (provvedimento giudiziario) comprovante lo stato di potestà monogenitoriale.

CHIEDONO/CHIEDE

L'iscrizione al corso

3 2 1...Scuola! Laboratorio sui prerequisiti scolastici

Il corso è rivolto ai bambini che si iscriveranno, nell'anno scolastico 2021-2022, alla classe 1^a della scuola primaria.

Il laboratorio di svolgerà per **8 incontri da 1,5 ore** ciascuno nelle giornate del **martedì e giovedì**, con i seguenti turni (**indicare il turno prescelto**):

- Da martedì 6 luglio a giovedì 29 luglio 2021 con orario dalle 9.00 alle 10.30
- Da martedì 6 luglio a giovedì 29 luglio 2021 con orario dalle 11.00 alle 12.30
- Da martedì 24 agosto a giovedì 16 settembre 2021 con orario dalle 14.30 alle 16.00

DICHIARANO/DICHIARA

di accettare il Regolamento allegato ed in particolare gli articoli relativi alle tariffe, modalità di pagamento, dimissioni e ritiri.

1. Tariffe applicate

Il costo del corso è di € **200,00** (IVA compresa). Il pagamento dovrà avvenire a ricevimento della fattura e comunque entro la seconda giornata di corso. La fattura sarà emessa nell'ambito delle prestazioni sanitarie erogate da "Spazio Crisalide" Centro clinico multidisciplinare integrato per la valutazione e l'intervento in età evolutiva.

2. Modalità di iscrizione e pagamento

Il corso è a numero chiuso e le iscrizioni saranno accolte secondo l'ordine di arrivo. Per formalizzare l'iscrizione è necessario compilare e sottoscrivere il presente modulo di iscrizione in tutte le sue parti. Il servizio verrà attivato con un minimo di 4 ed un massimo di 8 partecipanti.

I pagamenti possono essere effettuati tramite bonifico bancario intestato a: Hattiva Lab Cooperativa Sociale Onlus - Banca Credifriuli - Via A.L. Moro – Udine IBAN: IT23C0708512304034210013814.

Causale: pagamento corso 3 2 1 Scuola per NOME E COGNOME INTESTATARIO FATTURA

Udine, _____

Firma del padre (tutore) _____

Firma della madre (tutrice) _____

3. Dati personali

I/IL/LA SOTTOSCRITTI/O/A

Dati del padre o tutore

COGNOME

NOME

Dati della madre o tutrice

COGNOME

NOME

Dati dell'utente

COGNOME

NOME

Difficoltà rilevate dalle maestre e/o genitori:

linguaggio pregrafismo attenzione autonomia sfera emotivo-relazionale

altro (specificare) _____

Altre comunicazioni utili alle psicologhe dell'apprendimento:

DICHIARANO/DICHIARA

Di aver ricevuto completa informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003 e del Regolamento UE n. 679/2016, riportata anche nelle pagine finali del presente modulo e di avere rilasciato il consenso per il trattamento dei dati personali relativi alla salute degli utenti interessati.

ALLEGANO/ALLEGA

Copia di documento di riconoscimento in corso di validità

4. Raccolta autorizzazioni

4.1 Autorizzazione all'utilizzo del PC personale/tablet con accesso ad internet

Il/la/i sottoscritto/a/i

AUTORIZZANO/AUTORIZZA

L'utilizzo, anche per l'accesso ai contenuti della rete internet, del PC personale/tablet all'utente (qualora disponibile) e

DICHIARANO/DICHIARA

che su tali dispositivi sono stati inseriti i filtri di protezione per il corretto accesso ad Internet e che lo stesso è privo di programmi di gioco, foto, musica e qualsiasi altro materiale, che possa essere lesivo per il/la minore stesso/a o per gli altri compagni.

4.2 Autorizzazione all'invio di comunicazioni inerenti il servizio utilizzando il numero di cellulare

Il/la/i sottoscritto/a/i

RICHIEDONO/RICHIEDE

ad HATTIVA LAB Coop. Sociale Onlus Lab – a tempo indeterminato e fino a revoca – l'invio di SMS per comunicazioni inerenti il servizio (data inizio incontri, eventuale sospensioni, ecc.).

(scrivere qui di seguito, in maniera leggibile, l'eventuale numero di cellulare se DIVERSO da quelli indicati nella scheda di iscrizione): _____

4.3 Richiesta di invio di documenti amministrativi via posta elettronica

Il/la/i sottoscritto/a/i

RICHIEDONO/RICHIEDE

ad HATTIVA LAB Coop. Sociale Onlus Lab - a tempo indeterminato e fino a revoca – la spedizione in formato PDF tramite lo strumento della posta elettronica (e-mail) i documenti amministrativi, in alternativa al tradizionale inoltro a mezzo posta cartacea.

(scrivere qui di seguito, in maniera leggibile, l'eventuale indirizzo e-mail se DIVERSO da quelli indicati nella scheda di iscrizione) _____

5. Raccolta dichiarazioni

5.1 Dichiarazione allergie/intolleranze alimentari

Il/la/i sottoscritto/a/i

DICHIARANO/DICHIARA che l'utente
(barrare la voce che interessa)

Non è affetto/a da alcun tipo di allergia/intolleranza alimentare e/o respiratoria

È affetto/a da allergia alimentare a *(specificare sotto)* come risulta da certificazione medica allegata:

È affetto/a da intolleranza alimentare a *(specificare sotto)* come risulta da certificazione medica allegata:

È affetto/a da allergia respiratoria a *(specificare sotto)* come risulta da certificazione medica allegata:

5.2 Dichiarazione eventuali necessità di somministrazione farmaci salvavita

Il/la/i sottoscritto/a/i

DICHIARANO/DICHIARA che l'utente
(barrare la voce che interessa)

È affetto/a dalla seguente patologia pertanto potrebbe verificarsi la necessità di intervenire con un farmaco salvavita

<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> GRAVI ALLERGIE NON ALIMENTARI
<input type="checkbox"/> EPILESSIA	<input type="checkbox"/> ALTRO (specificare)

Allegare alla presente documentazione i moduli di richiesta somministrazione farmaci in situazione di urgenza/emergenza:

- Allegato 1
- Allegato 2

La modulistica verrà inviata a cura della Cooperativa esclusivamente nel caso in cui vengano segnalate le problematiche riportate al punto 5.2

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - PER LA FAMIGLIA v. 18052021

Ai sensi degli artt. 13, 14 Reg. UE 2016/679 e manifestazione di consenso ai sensi dell'art. 7 del Reg. UE 2016/679 per il trattamento dei dati personali nei servizi erogati presso il centro clinico Crisalide per la valutazione e l'intervento in età evolutiva.

Gentili Genitori, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (di seguito "il Regolamento" o "GDPR") e del Codice in materia di Protezione dei Dati Personali (D. LGS 196/2003 e s.m.i, di seguito anche il "Codice"), il Titolare del Trattamento fornisce le informazioni sul trattamento dei dati personali Vostri e del minore sul quale esercitate la responsabilità genitoriale nell'ambito dei servizi sanitari prestati dallo **Spazio Crisalide**.

1. Titolare del Trattamento è HATTIVA LAB SOC. COOP. SOC., Codice fiscale 02412240307, sede legale in Via Porzùs n. 62 - 33100 Udine, tel. 0432 294417, fax 0432 309994., e-mail info@hattivalab.org (per informazioni di carattere generale), di seguito anche il "Titolare".

2. Responsabile per la protezione dei dati nominato dal Titolare ai sensi dell'art. 37 del GDPR è il dott. Franco Benini, contattabile via e-mail all'indirizzo privacy@hattivalab.org per informazioni e richieste inerenti la protezione dei dati personali.

3. Interessati al trattamento: saranno trattati i dati personali del soggetto (anche minore) interessato alla prestazione sanitaria (nonché i dati dei familiari o di chi esercita la responsabilità genitoriale in caso di interessati minori).

4. Categorie di dati trattate: verranno trattati i dati personali (anagrafici, di contatto, dati bancari) e le categorie particolari di dati personali (ex art. 9 del GDPR¹, in particolare dati sulla salute), limitatamente ai dati strettamente necessari alla prestazione oggetto del servizio. Le fonti dei dati potranno essere lo stesso interessato, i suoi familiari, i servizi sociosanitari locali (es. SOC di NPIA e/o EMT UD e/o La Nostra Famiglia) e gli insegnanti che potranno essere interpellati ogni qualvolta si renda necessario per le finalità di erogazione del servizio.

5. Finalità e basi giuridiche del trattamento: i dati raccolti saranno utilizzati per la prestazione sanitaria oggetto del servizio (diagnosi, abilitazione e riabilitazione e/o di consulenza e sostegno psicologico, come descritto nella **Carta dei Servizi**), nonché per le attività amministrative collegate. Il trattamento dei dati comuni (anagrafici, di contatto...) è necessario all'esecuzione di misure contrattuali o precontrattuali (base giuridica data dall'art. 6.1.b del GDPR) e ad adempimenti legali cui è soggetto il titolare (base giuridica l'art. 6.1.c del GDPR). Il trattamento delle categorie particolari di dati personali ha come base giuridica il **consenso** dell'interessato o di entrambi i genitori in caso di interessato minore (art. 9.2.a del GDPR).

6. Modalità e natura del trattamento: Il trattamento potrà essere effettuato mediante strumenti informatici, elettronici, telematici e/o manuali e cartacei ed è limitato alle operazioni strettamente necessarie alle finalità sopra evidenziate. I moduli cartacei saranno conservati in armadi dedicati e chiusi a chiave presso la sede di Hattivalab, mentre i dati in formato elettronico saranno trattati digitalmente dal Titolare che adotta sistemi di sicurezza idonei a garantire la disponibilità, l'integrità e la riservatezza dei dati stessi. I Vostri dati personali e quelli di Vostro/a figlio/a, comprese le categorie particolari di dati personali (art. 9 del Regolamento) saranno raccolti:

- su indicazioni verbali da Voi fornite;
- tramite la consultazione della documentazione sanitaria da Voi direttamente fornita;
- tramite la consultazione della documentazione sanitaria conservata presso i servizi sociali e/o presso i Servizi Sanitari specialistici di riferimento solo su Vostra espressa autorizzazione;
- tramite colloqui con gli operatori dei Servizi Sociali e/o Sanitari e/o gli insegnanti della scuola frequentata dal minore solo su Vostra espressa autorizzazione;

Il conferimento dei dati è libero e facoltativo, ma necessario per consentire al titolare del trattamento di effettuare i servizi da Lei richiesti presso il Centro Clinico Crisalide e per adempiere ai relativi obblighi di legge. Il mancato conferimento anche parziale dei dati potrebbe comportare l'impossibilità di attivare i servizi richiesti.

7. Destinatari dei dati: i Suoi dati personali potranno essere trattati da soggetti designati ad operazioni di trattamento dal Titolare (dipendenti o collaboratori) e da soggetti nominati Responsabili del trattamento (ai sensi dell'art. 28 del GDPR) che effettuano attività connesse all'adempimento delle prestazioni oggetto del contratto (es. specialisti e psicologi che collaborano con Hattiva Lab, outsourcer informatici), da soggetti contitolari del trattamento o autonomi titolari (es. banche ed istituti di credito per le attività di pagamento, compagnie assicurative...). I dati potranno anche essere trasmessi a soggetti ai quali la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge (ad es. Pubbliche Amministrazioni per lo svolgimento delle funzioni istituzionali). I Suoi dati personali potranno inoltre essere comunicati a soggetti che hanno concluso contratti con il Titolare e che potrebbero effettuare operazioni di trattamento al di fuori della UE (es. cloud provider per l'archiviazione o il backup dei dati, fornitori dei servizi di posta elettronica...). Tale trasferimento è autorizzato in base alle previsioni di cui al Capo V del Reg. UE 2016/679. Su richiesta degli interessati e dietro specifico consenso ai sensi dell'art. 9.2.a). Le informazioni contabili relative alle spese sanitarie verranno trasmesse all'Agenzia delle Entrate, tramite flusso telematico del Sistema Tessera Sanitaria, ai fini dell'elaborazione del mod.730/UNICO precompilato e risulteranno accessibili anche dai soggetti ai quali Lei dovesse risultare fiscalmente a carico (coniuge, genitori, ecc.). L'opposizione all'invio dei dati (da rendere attraverso il punto in calce alla presente) non pregiudica la detrazione della spesa, bensì comporta esclusivamente che la fattura non venga inserita automaticamente nella dichiarazione precompilata

¹ dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché trattare dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona

8. Periodo di conservazione dei dati: I Dati sono trattati e conservati per il periodo necessario al raggiungimento delle finalità esposte in precedenza. Quando i dati riguardano una terapia collegata a problemi del neurosviluppo di minori i dati saranno conservati almeno fino al raggiungimento della maggiore età da parte dell'interessato. Dopo la cessazione del rapporto i dati potranno essere conservati per un periodo ulteriore necessario ad attestare la conformità dei trattamenti alle normative vigenti ed i dati necessari alla gestione amministrativa dei servizi saranno conservati per dieci anni.

9. Diritti dell'interessato: Nella qualità di interessato ed in relazione ai trattamenti di dati personali descritti nella presente informativa, Lei ha i diritti di cui agli artt. 7, da 15 a 22 e 77 del GDPR e, in particolare il diritto di **accesso** (art. 15), ovvero il diritto di ottenere conferma o meno che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che La riguardano e, in tal caso, il diritto di avere accesso a tali dati e di ottenerne una copia, il diritto di **rettifica** (art. 16), dei dati personali inesatti e/o l'integrazione dei dati personali incompleti, il diritto di **cancellazione** (diritto all'oblio) (art. 17), diritto di ottenere senza ingiustificato ritardo la cancellazione dei dati personali che La riguardano se sussiste uno dei motivi elencati al par. 1) dell'art. 17 (es. dati non più necessari, revoca del consenso in mancanza di altri basi giuridiche per il trattamento), diritto di **limitazione** (art. 18), l'interessato/a può chiedere la limitazione del trattamento alla sola conservazione sotto una delle condizioni indicate nell'art. 18 del Reg. UE 2016/679, diritto alla **portabilità** dei dati (art. 20 GDPR), per i dati personali il cui trattamento è effettuato con strumenti elettronici ed è basato sul consenso o su un contratto ha il diritto di ricevere i dati in un formato strutturato e di trasmettere tali dati ad altro titolare. Lei ha anche il diritto di **opposizione** (art. 21 GDPR) al trattamento dati basato sul legittimo interesse del Titolare o su un compito di interesse pubblico (art. 6.1.e) motivando la richiesta. Nel caso di dati personali trattati per finalità di marketing diretto, il diritto può essere esercitato anche senza motivazione. Ai sensi dell'art. 77 Lei ha **diritto di proporre reclamo** all'Autorità di Controllo. Per i reclami inviati al Garante per la Protezione dei Dati Personali potrà trovare le informazioni sul sito web www.garanteprivacy.it. Potrà esercitare i diritti in qualsiasi momento inviando una raccomandata al Titolare o contattando il DPO via e-mail privacy@hattivab.org. L'esercizio dei diritti è gratuito ai sensi dell'art. 12 del GDPR, tuttavia, nel caso di richieste manifestamente infondate o eccessive, anche per la loro ripetitività, il Titolare del trattamento potrebbe addebitare un contributo spese ragionevole.

10. Modifiche e aggiornamenti: Questa informativa potrà subire modifiche. Per ogni aggiornamento, La invitiamo a consultare i nostri siti web e gli altri canali messi a disposizione. Ulteriori informazioni in relazione al trattamento dei Dati Personali potranno essere richieste in qualsiasi momento utilizzando gli estremi di contatto sopra indicati.

MANIFESTAZIONI DI CONSENSO:

Noi sottoscritti:

(padre/tutore) _____ (madre/tutrice) _____

Del/della minore _____

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO – TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

in relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali propri e del figlio/a/tutelato/a finalizzati alla prestazione del servizio di cui beneficia l'interessato, come precisato nell'informativa stessa:

PADRE (tutore)	<input type="checkbox"/> Presto il consenso	<input type="checkbox"/> Nego il consenso
MADRE (tutrice)	<input type="checkbox"/> Presto il consenso	<input type="checkbox"/> Nego il consenso

(Un eventuale mancato consenso impedisce la prestazione dei servizi richiesti)

Il presente consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento. L'eventuale revoca, anche da parte di uno solo dei genitori, comporterà la cessazione del servizio richiesto e non pregiudicherà il trattamento dei dati effettuato prima della revoca stessa.

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO – INSERIMENTO NELLA MAILING LIST DI HATTIVA LAB

In relazione all'inserimento dell'indirizzo e-mail _____ nella *newsletter* del Titolare per ricevere aggiornamenti e proposte su nuovi servizi, eventi, raccolte fondi e iniziative varie del Titolare del Trattamento:

PADRE (tutore)	<input type="checkbox"/> Presto il consenso	<input type="checkbox"/> Nego il consenso
MADRE (tutrice)	<input type="checkbox"/> Presto il consenso	<input type="checkbox"/> Nego il consenso

Il mancato consenso all'inserimento nella mailing list non pregiudica l'erogazione dei servizi richiesti ma non consentirà al Titolare l'invio delle informazioni indicate. Questo consenso potrà essere revocato in qualsiasi momento chiedendo la cancellazione degli invii cliccando sul link "cancella iscrizione" in fondo alla e-mail ricevuta oppure scrivendo una mail con oggetto "cancellami" a privacy@hattivab.org, senza per questo pregiudicare il trattamento dei dati effettuato prima della revoca.

Firma del padre (tutore) _____ Firma della madre (tutrice) _____

Udine, _____

DA CONSEGNARE IN ORIGINALE