**Al Dirigente del Settore 2**

**Ufficio Servizi Sociali**

**Comune di Gallipoli**

**“Natale Insieme 2024”**

**DOMANDA GITA ALBEROBELLO E LOCOROTONDO**

Il/la sottoscritto/a:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c.f. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a Gallipoli in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_\_\_tel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

recapito e numero telefonico di un familiare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di partecipare alla gita giornaliera organizzata dal Comune di Gallipoli ad Alberobello e Locorotondo:

**SI ALLEGA:**

1) Certificato medico attestante la totale autosufficienza psico-motoria;

2) Documento di riconoscimento in corso di validità;

Il/la sottoscritto/a dichiara:

* di accettare incondizionatamente tutte le scelte che saranno fatte dall'Amministrazione in merito all'organizzazione, alla località e allo svolgimento della gita;
* in caso di impedimenti di varia natura, di provvedere a proprie spese a rientrare anticipatamente nel proprio luogo di residenza, o a permanere, sempre a proprie spese nel luogo del soggiorno;
* di assumersi in proprio ogni e qualunque responsabilità per eventuali danni subiti dalla propria persona o arrecati a strutture, attrezzature e terzi conseguenti e derivanti dalla partecipazione alla gita;

**Formula di consenso per il trattamento dei dati sensibili**

Il/la sottoscritto/a ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003 autorizza l'Amministrazione Comunale alla raccolta e al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili.

Gallipoli\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ In Fede

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_