



COMUNE DI GENONI  
SERVIZIO DI ANIMAZIONE ESTIVA.  
MODULO DI ADESIONE AI SERVIZI DI ANIMAZIONE ESTIVA  
SCADENZA ISCRIZIONE IL **13/07/2023**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
Tel./cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_  
in qualità di GENITORE/TUTORE/ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE presa  
visione dell'Avviso pubblicato dal Comune di Genoni

CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL MINORE

Nome e cognome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_  
e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
alle attività di Animazione Estiva organizzate dal Comune di Genoni.

DICHIARA

- che provvederà ad accompagnare il Minore presso le sedi indicate per lo svolgimento delle attività, accertandosi che lo stesso effettui l'ingresso e la registrazione della presenza ; ovvero, provvederà a far accompagnare il Minore nelle suddette sedi da familiari e/o persone di fiducia delegate che si dichiareranno al momento dell'arrivo e/o dell'uscita agli operatori referenti. I Minori non possono effettuare spostamenti fuori dalle aree di svolgimento delle attività .

- che si impegna al rispetto delle regole del Servizio di Animazione.

Allegare copia fotostatica di un documento d'identità

Genoni, li \_\_\_\_\_

Il Richiedente  
\_\_\_\_\_

SMILE

Società Cooperativa Sociale

Via Brigata Sassari 3  
09090 Villa Verde (OR)  
E-mail: [smile.coop.vv@gmail.com](mailto:smile.coop.vv@gmail.com)  
Tel/Fax 0783939059  
Cell. 3389545745



Reg. Imprese di Or n° 01046260954  
Iscriz. Albo Soc. Coop. Sociali n° A166998  
Capitale Sociale € 700.00  
P.I./C.F. 01046260954

## MODELLO DELEGA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

## DELEGA

il/la sig./sig.ra \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Documento di identità n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_

a (indicare il tipo di operazione per cui si effettua la delega)

---

---

---

---

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma Delegante \_\_\_\_\_

Allegare fotocopia del documento di identità del delegante

**IL DELEGATO SI PRESENTI CON DOCUMENTO D'IDENTITA' IN CORSO DI VALIDITA'**

**SMILE**

Società Cooperativa Sociale



Via Brigata Sassari 3  
09090 Villa Verde (OR)  
E-mail: [smile.coop.vv@gmail.com](mailto:smile.coop.vv@gmail.com)  
Tel/Fax 0783939059  
Cell. 3389545745

Reg. Imprese di Or n° 01046260954  
Iscriz. Albo Soc. Coop. Sociali n° A166998  
Capitale Sociale € 700.00  
P.I./C.F. 01046260954