



MODULO DI ISCRIZIONE SOGGIORNO MIANE DAL 19 AL 22 LUGLIO 2021

Il/Lasottoscritto/a _____ tel. _____
cell. _____ e-mail _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
in Via _____ n. _____ frazione di _____
C.F. _____

Chiede

l'iscrizione al Soggiorno a Miane del/la proprio/a figlio/a

Cognome e nome:	Nato/a il
Età :	
Codice Fiscale :	

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA

- 1) che le famiglie con i loro ragazzi in caso di febbre e/o sintomi respiratori (e/o gastrointestinali in particolare nei bambini) si devono impegnare a non accedere al soggiorno informando il gestore del servizio e devono contattare il proprio medico curante;
- 2) che sia il/la figlio/a _____ sarà sottoposto alla misurazione della temperatura corporea alla partenza; in caso di $T > 37.5$ °C il soggetto dovrà essere allontanato. In caso di febbre del genitore/accompagnatore il minore non potrà accedere;
- 3) che, in caso di insorgenza di febbre o di altra sintomatologia il soggetto gestore provvede all'isolamento immediato e successivo affidamento del minore al genitore o altro adulto responsabile, invitandoli a contattare immediatamente il Medico di Medicina Generale e/o al Pediatra di Libera Scelta per le valutazioni del caso e l'eventuale attivazione delle procedure diagnostiche;
- 4) che all'atto dell'iscrizione le famiglie dovranno dichiarare che i loro figli non sono risultati positivi al COVID-19 e che non hanno membri nel nucleo familiare risultati positivi e che, in caso di sopraggiunta positività propria o di congiunto, lo comunicheranno immediatamente agli organizzatori.

DICHIARA ALTRESI'

- 1) che il/la figlio/a _____ non risulta essere stata positivo al COVID-19 non è soggetto alla quarantena obbligatoria;
- 2) che nessun componente della propria famiglia risulta essere stato positivo al COVID-19 e che non è soggetto alla quarantena obbligatoria;

3)che il/la figlio/a ha /o non ha particolari problemi di salute;

Si _____ no (barrare con una crocetta)

N.B. I bambini immunodepressi possono essere iscritti previa valutazione del pediatra di cui va prodotto obbligatoriamente il certificato.

4)che il/la figlio/figlia soffre di allergie.

Si _____ no (barrare con una crocetta).

Se sì, indicare quali _____ ed esibire certificato medico;

5)che il/la figlio/a soffre di intolleranze alimentari;

Si _____ no (barrare con una crocetta).

Se sì, indicare quali _____ ed esibire certificato medico;

6)che il/la figlio/a è certificato dalla Struttura Pubblica ai sensi della Legge 104/1992 e necessita di assistenza individuale fornita dall'ULSS.

In caso affermativo allegare dichiarazione degli organi competenti

Si _____ no (barrare con una crocetta).

7) che il/la figlio/a è soggetto/a problematiche specifiche tali da richiedere un'assistenza individuale e a tale proposito mi impegno a concordare un piano di intervento personalizzato con il Servizio Sociale del Comune di Trevignano.

Si _____ no (barrare con una crocetta).

SI IMPEGNA

al rispetto di quanto indicato nel Regolamento allegato e nel Patto di responsabilità che verrà sottoscritto tra soggetto gestore del servizio e la famiglia.

Visto il documento di Informazione e accesso ai dati sopra riportato presta il proprio consenso al trattamento nelle forme e nei modi ivi indicati.

Il sottoscritto (padre) _____
Cognome e nome nato/a a _____ il _____

La _____ sottoscritta
(madre) _____
Cognome e nome nato/a a _____ il _____

Esercenti la potestà,

Esprimono il Loro consenso

al trattamento e alla comunicazione dei dati personali, sanitari, convinzioni filosofiche, religiose del/la bambino/a _____, nato/a a _____

il _____

Esprimono altresì il Loro consenso

al trattamento dei dati attinenti alla temperatura corporea misurata al momento della partenza del soggiorno.

_____, li _____

Firma di entrambi i genitori
(esercenti la potestà)

**PATTO DI RESPONSABILITA' RECIPROCA
TRA IL GESTORE DEL SERVIZIO PER MINORI E LE FAMIGLIE**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, e residente in _____
C.F. _____ in qualità di responsabile del servizio
_____ sito in _____

E

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____, e residente in _____
C.F. _____ in qualità di genitore (o titolare della
responsabilità genitoriale) di _____, nato/a a _____
il _____, e residente in _____
C.F. _____ che frequenterà il suddetto servizio di
attività educativa con pernottamento

entrambi consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, SOTTOSCRIVONO IL SEGUENTE PATTO DI RESPONSABILITA' RECIPROCA INERENTE LA FREQUENZA DI _____ AL SERVIZIO EDUCATIVO SOPRA MENZIONATO, con il quale dichiarano di aver preso visione del documento "INDICAZIONI PER LA RIATTIVAZIONE GRADUALE DEI SERVIZI SEMIRESIDENZIALI PER MINORI" della Regione Veneto e si impegnano ad attenersi alle indicazioni in esso contenute, nel rispetto degli interventi e delle misure di sicurezza per la prevenzione e il contenimento della diffusione di SARS-CoV-2.

In particolare, il genitore (o titolare della responsabilità genitoriale), consapevole che, in età pediatrica, l'infezione è spesso asintomatica o paucisintomatica, e che, pertanto, dovrà essere garantita una forte alleanza tra le parti coinvolte e una comunicazione efficace e tempestiva in caso di sintomatologia sospetta

DICHIARA

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che il figlio, o un convivente dello stesso all'interno del nucleo familiare non è

- sottoposto alla misura della quarantena ovvero che non è risultato positivo al COVID-19;
- di auto-monitorare le proprie condizioni di salute, quelle del proprio figlio/a, dei familiari e conviventi (contatti stretti), avvalendosi anche del supporto del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta di riferimento;
- di, ogni qualvolta il genitore stesso o il proprio/a figlio/a o uno qualunque dei familiari e conviventi (contatti stretti) presenti sintomi sospetti per infezione da Nuovo Coronavirus (a titolo di esempio: febbre, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell'olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.):
 - evitare di accedere al servizio, informando il gestore del servizio,
 - rientrare prontamente al proprio domicilio,
 - rivolgersi tempestivamente al Medico di Medicina Generale e/o al Pediatra di Libera Scelta di riferimento per le valutazioni del caso e l'eventuale attivazione delle procedure previste per l'esecuzione del tampone nasofaringeo;
- di essere consapevole ed accettare che, in caso di insorgenza di febbre o di altra sintomatologia (tra quelle sopra riportate), l'ente gestore provvede all'isolamento immediato e successivo affidamento del minore al genitore o altro adulto responsabile, invitandoli a contattare immediatamente il Medico di Medicina Generale e/o al Pediatra di Libera Scelta per le valutazioni del caso e l'eventuale attivazione delle procedure diagnostiche;
- di essere consapevole che la frequenza del servizio comporta il rispetto delle indicazioni igienico- sanitarie previste;
- di essere consapevole che nel momento di una ripresa di attività di interazione, seppur controllata, non è possibile azzerare il rischio di contagio che invece va ridotto al minimo attraverso la scrupolosa e rigorosa osservanza delle misure di precauzione e sicurezza previste dalle linee di indirizzo regionali per lo svolgimento delle attività; per questo è importante osservare la massima cautela anche al di fuori del contesto del servizio.

In particolare, il gestore, consapevole che, in età pediatrica, l'infezione è spesso asintomatica o paucisintomatica, e che, pertanto, dovrà essere garantita una forte alleanza tra le parti coinvolte e una comunicazione efficace e tempestiva in caso di sintomatologia sospetta

DICHIARA

- di aver fornito puntuale informazione rispetto ad ogni dispositivo organizzativo e igienico-sanitario adottato per contenere la diffusione del contagio da COVID-19 e di impegnarsi a comunicare eventuali modifiche o integrazioni delle disposizioni;
- di impegnarsi a realizzare le procedure previste per l'ingresso e ad adottare tutte le prescrizioni igienico-sanitarie previste dalla normativa vigente e dalle linee di indirizzo

regionale;

- di attenersi rigorosamente e scrupolosamente, nel caso di accertata infezione da COVID-19 da parte di un bambino o adulto frequentante il servizio, a ogni disposizione dell'autorità sanitaria locale.

La firma del presente patto impegna le parti a rispettarlo in buona fede. Dal punto di vista giuridico non libera i soggetti che lo sottoscrivono da eventuali responsabilità in caso di mancato rispetto delle normative relative al contenimento dell'epidemia COVID-19, delle normative ordinarie sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, nonché delle Linee Guida Nazionali e Regionali applicabili ai Centri Educativi Diurni per minori.

Il genitore

Il responsabile delle attività
Educative per Minori

(o titolare della responsabilità genitoriale)
