



SCHEDA DI ISCRIZIONE

CENTRO EDUCATIVO-AGGREGATIVO

ANNO 2026/2027 Scuola Primaria

Si prega di compilare in stampatello in ogni sua parte

Io sottoscritto (Padre del minore) _____
nato a _____ il _____
Residente in _____ Via/P.za _____ n° _____
C.F. _____
numero di cellulare _____ e-mail _____

e io sottoscritta (Madre del minore) _____
nata a _____ il _____
Residente in _____ Via/P.za _____ n° _____
C.F. _____
numero di cellulare _____ e-mail _____

Padre e madre del/la minore _____ nato/a a _____
Il _____ C.F. _____
Residente in _____ Via/P.za _____ n° _____

CHIEDIAMO CHE NOSTRO/A FIGLIO/A VENGA ISCRITTO AL CENTRO EDUCATIVO/AGGREGATIVO DA SETTEMBRE 2026 A GIUGNO 2027 EFFETTUATO PRESSO CASOLE D'ELSA DALL'ASSOCIAZIONE DIA.TE.SO. CON LA SEGUENTE FREQUENZA (**barrare l'opzione desiderata**):

- **Numero Giorni 1** (uno), scegliere un solo giorno fra i seguenti:

- ☐ Martedì
- ☐ Giovedì
- ☐ Venerdì

- **Numero Giorni 2** (due), scegliere due giorni fra i seguenti:

- ☐ Martedì
- ☐ Giovedì
- ☐ Venerdì

- **Numero Giorni 3** (tre), Martedì, Giovedì e Venerdì

IL CENTRO EDUCATIVO-AGGREGATIVO VERRA' EFFETTUATO DA SETTEMBRE 2026 A GIUGNO 2027 PRESSO I LOCALI della ex scuola elementare A CASOLE D'ELSA, NEI GIORNI DI MARTEDÌ, GIOVEDÌ E VENERDÌ CON IL SEGUENTE ORARIO:

- DALLE ORE 13:00 CON RITIRO PRESSO LA SCUOLA PRIMARIA ALLE ORE 17:30 PRESSO IL CENTRO EDUCATIVO-AGGREGATIVO;

IL CENTRO EDUCATIVO VERRA' EFFETTUATO AL RAGGIUNGIMENTO DI MINIMO 15 BAMBINI PER OGNI GIORNO DI APERTURA; NEL CASO IN CUI NON VENGA RAGGIUNTO IL NUMERO MINIMO LE QUOTE EVENTUALMENTE VERSATE VERRANNO INTERAMENTE RESTITuite

COSTO:

I costi sono conteggiati mensilmente e, per i mesi **da Ottobre a Maggio** compresi, sono così distribuiti:

- **Giorni 1** (uno) a settimana: costo **97 Euro** mensili (già compreso di marca da bollo di 2€)
- **Giorni 2** (due) a settimana: costo **137 Euro** mensili (già compreso di marca da bollo di 2€)
- **Giorni 3** (tre) a settimana: costo **167 Euro** mensili (già compreso di marca da bollo di 2€)

Oltre **Tessera sociale** con validità dell'anno solare **di €25.00.**

Per i mesi di **settembre** e **giugno** le quote sono così distribuite:

- Giorni 1 (uno) a settimana: costo 62 Euro mensili

- Giorni 2 (due) a settimana: costo 82 Euro mensili
- Giorni 3 (tre) a settimana: costo 107 Euro mensili

AVVERTENZA: LE DISDETTE DEVONO ESSERE COMUNICATE ENTRO IL GIORNO 10 DEL MESE PRECEDENTE A QUELLO DI INTERRUZIONE DELLA FREQUENZA PENA L'ADDEBITO DELLA QUOTA MENSILE.

PAGAMENTI E ORGANIZZAZIONE

L'iscrizione si intende confermata successivamente alla compilazione del modulo d'iscrizione ed al versamento della quota di partecipazione mediante bonifico bancario sul conto intestato alla "Associazione di Promozione Sociale Dia.Te.So. Diagnosi Terapia Sostegno" presso Banca di Cambiano filiale di Castelfiorentino (FI):

IBAN. **IT82B0842537790000010589687** Causale: "**NOME E COGNOME DEL BAMBINO/A - MESE**". La ricevuta dell'avvenuto versamento dovrà essere allegata al presente modulo di iscrizione da consegnarsi a mano al Dott. Bruni Daniele 3935051741 oppure alla Dott.ssa Giomi Francesca 3273429240 oppure tramite mail: associazionediateso@gmail.com

I pagamenti successivi al primo, devono essere effettuati **entro il giorno 30/31 del mese precedente** (ad esempio entro il giorno 30 Settembre, deve essere effettuato il pagamento del mese di Ottobre). Tutti i pagamenti possono essere effettuati tramite bonifico bancario e relativo invio di ricevuta tramite mail oppure in contanti agli operatori del Centro (in tal caso dei ricorda che il pagamento non rispetta i criteri di tracciabilità imposti per legge). Le ricevute dei pagamenti verranno recapitate con la medesima modalità del pagamento: tramite mail per coloro che effettueranno il bonifico bancario; personalmente dagli operatori del centro per chi effettua il pagamento in contanti.

RECAPITI DEI FAMILIARI:

Casa: _____

Cell. Madre: _____

Tel. Lavoro madre: _____

Cell. Padre: _____

Tel. Lavoro padre: _____

Altri numeri di telefono utili: _____

e-mail madre: _____

e-mail padre: _____

Data

Firma del padre

Firma della madre

AUTORIZZO RIPRESE VIDEO E FOTOGRAFICHE PER SCOPI DIDATTICI O PROMOZIONALI:

☐ SI
☐ NO

DATA

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DELLA MADRE

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE (OBBLIGATORIA)

Il/la sottoscritto/a: _____
nato/a a il: _____
residente a: _____
in via _____

dichiara

che suo/a figlio/a: _____

- risulta essere in stato di buona salute
- è stata/o sottoposta/o a tutte le vaccinazioni obbligatorie per legge in base all'età

SEGNALAZIONI:

- Allergie: _____ (ALLEGARE
OBBLIGATORIAMENTE CERTIFICATO MEDICO IN CORSO DI VALIDITA')
- Intolleranze alimentari _____ (ALLEGARE
OBBLIGATORIAMENTE CERTIFICATO MEDICO IN CORSO DI VALIDITA')

Altri problemi di salute (fisici o psichici) di cui i genitori ritengono che gli educatori debbano essere a conoscenza

Dichiara inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e solleva l'Associazione di Promozione Sociale Dia.Te.So. da ogni responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.
Si allega, eventuale, certificato del pediatra e/o certificato di vaccinazione.

DATA

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DELLA MADRE

INFORMAZIONI UTILI

LUOGO: locali ex scuola elementare

GIORNI E ORARI DI APERTURA: MARTEDÌ, GIOVEDÌ E VENERDÌ DALLE ORE 13:00 ALLE ORE 17:30

PASTI: PRANZO FORNITO DALL'AZIENDA MULTISERVIZI, CONSUMATO PRESSO IL REFETTORIO SCOLASTICO, MERENDA FORNITA DAI GENITORI

RESPONSABILE CENTRO:

associazionediateso@gmail.com

www.associazionediateso.com

Modulo di autorizzazione al ritiro presso l'Istituto Scolastico

Io sottoscritto/a (Nome e cognome del genitore e/o tutore): _____

Nato/a il ____ / ____ / ____, a _____, in provincia di (____),

Residente a _____, in provincia di (____),

Codice Fiscale Nr. _____

Ed io sottoscritto/a (Nome e cognome del genitore e/o tutore): _____

Nato/a il ____ / ____ / ____, a _____, in provincia di (____),

Residente a _____, in provincia di (____),

Codice Fiscale Nr. _____

In qualità di tutori legali del/della minorenne:

(Nome e cognome del minore)

Nato/a il ____ / ____ / ____, a _____, in provincia di (____),

Residente a _____, in provincia di (____),

AUTORIZZO

gli operatori della Associazione Dia.Te.So. operanti presso il Centro Aggregativo-Educativo di Casole d'Elsa, al ritiro del minore di cui sopra presso la Scuola Primaria di Casole d'Elsa ed all'accompagnamento, senza l'utilizzo di mezzi, presso i locali del Centro siti in Via IV NOVEMBRE.

Luogo Data: ____ / ____ / ____

Firma leggibile

.....

Firma Leggibile

.....

DELEGHE AL RITIRO
(ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEI DELEGATI IN CORSO DI VALIDITA')

Io sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Padre del/della minore _____

E io sottoscritta _____

Nata a _____ il _____

Madre del/della minore _____

DELEGO

Il Sig. _____

Nato a _____ il _____

La Sig.ra _____

Nata a _____ il _____

Il Sig. _____

Nato a _____ il _____

La Sig.ra _____

Nata a _____ il _____

al ritiro di nostro/a figlio/a presso il Centro educativo-aggregativo

DATA

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DELLA MADRE

Informativa per il cliente ai sensi dell'articolo 13 D. Lgs. 30-06-03 n. 196

Con la presente la informo che:

- Il trattamento dei dati è finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle prestazioni professionali richieste strettamente inerenti alla mia attività di psicologo/psicoterapeuta e per poter adempiere ai conseguenti obblighi legali;
- i dati saranno inseriti in un archivio informatico/cartaceo[§] e potranno essere trattati anche da terzi: in ogni caso, il trattamento avverrà con modalità idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza;
- i dati personali - compresi i dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale e quelli idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, politiche, filosofiche o di altro genere, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, politico, filosofico o sindacale - possono essere soggetti a trattamento solo con il suo consenso scritto
- il conferimento dei dati non è obbligatorio, sebbene sia indispensabile all'instaurarsi del rapporto professionale e pertanto, in mancanza del suo consenso, dovrò rinunciare all'incarico conferitomi;
- il sottoscritto, titolare* del trattamento: nome (ragione sociale) e firma A.P.S. DIA.TE.SO. DIAGNOSI TERAPIA SOSTEGNO Sede legale VIA DELLE REGIONI, 71 CERTALDO 50052 (FI)

D. Lgs. 30-06-03 n. 196 Articolo 7. Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti.

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

- a) dell'origine dei dati personali;
- b) delle finalità e modalità del trattamento;
- c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
- e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

DATA

FIRMA

FIRMA

Informativa sulla privacy ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 e D. Lsg. 101/2018

Gentile Paziente, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR") e della normativa nazionale vigente in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 196/2003 come modificato dal D.Lgs. 101/2018), il **Centro Dia.Te.So.**, in qualità di Titolare del Trattamento (d'ora innanzi "Titolare"), con sede in Viale dei Mille 24 D, Colle di Val d'Elsa (Siena), email: direzione@diateso.it, Le fornisce le seguenti informazioni relative al trattamento dei Suoi dati personali comuni e particolari (ossia dati idonei a rivelare l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute, alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona), con riferimento all'attività che complessivamente può essere esercitata all'interno del Centro, nelle sue diverse articolazioni organizzative e/o strutture interne, in quanto correlata al servizio di prevenzione, cura diagnosi e riabilitazione che Lei intendesse richiedere.

I dati personali sopra indicati saranno di seguito definiti congiuntamente come "Dati Personali".

Il Titolare ha nominato un **Responsabile della Protezione dei Dati (Data Protection Officer o "DPO")**, il Dott. Tiziano Borsatti,

contattabile ai seguenti recapiti: tel. 3282945281, email: t.borsatti@gmail.com.

1. Categoria dati e finalità del trattamento

I Dati personali sono/saranno trattati nell'ambito della normale attività del Titolare, e solo previo Suo specifico e libero consenso per le finalità di seguito indicate:

- a) di prevenzione, cura, diagnosi e riabilitazione e attività amministrativo-contabili strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con il paziente (accettazione, prenotazione visite ed esami, certificazioni dello stato di salute ecc.);
- b) di comunicazione delle informazioni sul Suo stato di salute a soggetti terzi (es. familiari o conoscenti) indicati specificatamente dall'interessato, ove applicabile;
- c) di inviare informazioni relative al Centro, iniziative e promozioni tramite newsletter o SMS

I dati personali sono/saranno trattati nell'ambito della normale attività del Titolare, senza il Suo consenso per le finalità di seguito indicate:

d) in ottemperanza agli obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normativa comunitaria (in particolare in materia di igiene e sanità ed in relazione ad adempimenti fiscali; verifiche di carattere amministrativo, ispezioni di organi preposti alla vigilanza in materia sanitaria, investigazioni della polizia giudiziaria ecc.), finalità difensive.

I dati personali sono/saranno trattati dal Titolare, solo in forma anonima, per le finalità di seguito indicate:

- e) attività di programmazione, gestione e controllo dell'assistenza sanitaria, svolte anche attraverso indagini e questionari di valutazione di gradimento;
- f) attività di ricerca scientifica non interventistica. A tal proposito, è possibile che i dati clinici raccolti in occasione delle prestazioni che Le sono state erogate siano utilizzati in progetti di ricerca osservazionali retrospettivi, correlati alla patologia da Lei sofferta. In tal caso, i Suoi dati saranno opportunamente codificati per evitare la Sua immediata identificazione.

La base giuridica per le finalità di diagnosi e cura è l'Art. 9.2 lett. h) del GDPR. Per gli obblighi di legge e fiscali è l'Art. 6.1 lett. c). Per le finalità di marketing, comunicazione a terzi e servizi accessori, la base giuridica è il Suo consenso esplicito ai sensi dell'Art. 6.1 lett. a) e dell'Art. 9.2 lett. a).

2. Natura del conferimento dei dati e conseguenze dell'eventuale rifiuto di rispondere.

Salve i casi di urgenza e/o emergenza sanitaria, il conferimento dei dati richiesti per le finalità di cura della salute, ivi compresi quelle amministrative a queste strettamente correlate, indicate alla lettera a) è indispensabile; il mancato conferimento rende impossibile all'interessato l'accesso alla prestazione sanitaria; mentre il mancato consenso al trattamento dei dati per altre finalità eventualmente perseguite (es. comunicazione dello stato di salute dell'interessato ai familiari) non impedisce l'accesso alla prestazione sanitaria.

3. Modalità di trattamento

I Suoi dati personale saranno trattati secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza, sia in forma cartacea che elettronica. La disponibilità, la gestione, l'accesso, la conservazione e la fruibilità dei Suoi dati è garantita dall'adozione di misure tecniche e organizzative per assicurare idonei livelli di sicurezza ai sensi degli artt. 25 e 32 del GDPR.

4. Conservazione di dati personali

I dati personali saranno conservati solo per il tempo necessario ai fini per cui sono stati raccolti, rispettando il principio di minimizzazione di cui all'art. 5, comma 1, lettera c) del GDPR nonché gli obblighi di legge cui è tenuto il Titolare. Maggiori informazioni sono disponibili presso il Titolare ovvero il DPO ai recapiti sopra indicati.

● **Tempi di conservazione:** La documentazione sanitaria (referti, relazioni cliniche, cartelle) viene conservata **illimitatamente** per obbligo di legge (Circolare Ministero della Sanità n. 61/1986). I dati amministrativo-contabili sono conservati per 10 anni. I dati trattati per finalità di marketing verranno conservati fino alla revoca del Suo consenso.

5. Categorie di soggetti destinatari dei dati

Nello svolgimento della propria attività e per il perseguimento delle finalità di cui al precedente paragrafo 1, il Titolare potrebbe comunicare i Suoi dati personali, anche riguardanti il Suo stato di salute, a:

- persone fisiche autorizzate dal Titolare al trattamento di dati personali ex art. 29 GDPR in ragione dell'espletamento delle loro mansioni lavorative (es. personale sanitario e amministrativo, amministratori di sistema, ecc.);
- soggetti terzi in rapporto contrattuale o convenzionale con il Titolare;
- organismi sanitari di controllo, organi della pubblica amministrazione, autorità di pubblica sicurezza, autorità giudiziaria ed enti assicurativi e altri soggetti, enti o autorità che agiscano nella loro qualità di titolari autonomi di trattamento, a cui sia obbligatorio comunicare i dati personali in forza di disposizioni di legge o di ordini delle autorità;
L'ambito della comunicazione potrà essere esteso a favore di soggetti terzi aventi diritto e di chiunque l'interessato indichi espressamente come familiari, medico curante ecc.

- fornitori di servizi (come consulenti, istituti di credito, enti certificatori, la società di gestione delle piattaforme di prenotazione visite ecc.) i quali agiscono tipicamente in qualità di responsabili del trattamento ex art. 28 del regolamento, strettamente correlati e funzionali all'attività del Titolare.

La informiamo altresì che eventuali controversie per responsabilità civile verso terzi, compresa quella per responsabilità professionale sanitaria, verranno gestite, in nome e per conto del Titolare, dalla Direzione Sanitaria, i cui addetti operano in qualità di soggetti autorizzati sotto l'autorità del Titolare ai sensi dell'art. 29 del GDPR, a cui verranno comunicati tutti i dati, anche di natura sensibile, che riguardano l'evento oggetto di controversia.

L'elenco completo ed aggiornato dei destinatari dei dati potrà essere richiesto al Titolare ovvero al DPO, ai recapiti sopra indicati. 6. Diffusione

I dati sensibili non sono/saranno oggetto di diffusione (intendendosi per tale, il dare conoscenza di dati personali a soggetti indeterminati, in qualunque forma, anche mediante la loro messa a disposizione o consultazione), fatta salva l'ipotesi in cui la diffusione sia richiesta, in conformità alla legge, da forze di polizia, dall'autorità giudiziaria, da organismi di informazione e sicurezza o da altri soggetti pubblici per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato o di prevenzione accertamento o repressione di reati.

7. Trasferimento di dati

Ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati (GDPR, General Data Protection Regulation UE 2016/679) si segnala che i dati conferiti al Centro [Dia.Te.So.](#), con l'ausilio di strumenti elettronici, o comunque automatizzati, informatici o cartacei, sono trasferiti e memorizzati in Italia.

Il trasferimento dei dati è stato effettuato dal Titolare ai sensi di quanto disposto dal Regolamento 2016/679. Maggiori informazioni sulle decisioni della Commissione in materia di adeguatezza di Paesi terzi sono disponibili al seguente indirizzo <https://www.garanteprivacy.it/home/provvedimenti-normativa/normativa/normativa-comunitaria-e-internazionale/trasferimento-dei-dati-verso-paesi-terzi>

8. Diritti dell'interessato

Lei ha diritto di accedere in qualunque momento ai dati che La riguardano, ai sensi degli artt. 15-22 del GDPR. In particolare, potrà chiedere la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento dei dati stessi nei casi previsti dall'art. 18 del DGPR, la revoca del consenso prestato ai sensi dell'art 7 del DGPR, di ottenere la portabilità dei dati che La riguardano nei casi previsti dall'art. 20 del DGPR, nonché proporre reclamo all'autorità di controllo competente ex articolo 77 del GDPR (Garante per la Protezione di Dati Personali).

Lei può formulare una richiesta di opposizione al trattamento dei Suoi dati ex articolo 21 del DGPR, nella quale dare evidenza delle ragioni che giustifichino l'opposizione; il Titolare si riserva di valutare la Sua istanza, che non verrebbe accettata in caso di esistenza di motivi legittimi cogenti per procedere al trattamento che prevalgono sui Suoi interessi, diritti e libertà. Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare ovvero al DPO ai recapiti sopra indicati.

MODULO DI CONSENSO E AUTORIZZAZIONI

Io sottoscritto/a: _____
Nato/a a: _____ il: _____
Residente a: _____ in Via: _____
Tel: _____ Email/PEC: _____

Dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa che precede e manifesto liberamente la mia volontà in merito ai seguenti trattamenti:

1. Trattamento dei Dati Sanitari per finalità di Prevenzione, Diagnosi e Cura

- ☐ Esprimo il consenso
☐ Nego il consenso

2. Invio di Relazioni/Certificazioni/fatture tramite Posta Elettronica / PEC (Nel caso in cui l'interessato non possa ritirarle di persona presso il Centro)

- ☐ Autorizzo
☐ Non autorizzo

3 Comunicazione e Marketing Informativo (Newsletter del Centro) Ricezione di email e messaggi informativi sulle attività e le iniziative del Centro Dia.Te.So.

- ☐ Autorizzo
☐ Non autorizzo

4. Promemoria e Comunicazioni di servizio (SMS, WhatsApp, MioDottore) Ricezione di promemoria appuntamenti e messaggi organizzativi tramite SMS, WhatsApp o piattaforma MioDottore.

- ☐ Autorizzo
☐ Non autorizzo

5. Invio dei dati a Compagnie Assicurative Private Comunicazione dei dati per la gestione di rimborsi o pratiche legate a mie polizze sanitarie.

- ☐ Autorizzo
☐ Non autorizzo

Colle di Val d'Elsa, _____
Firma del genitore _____

in caso di minore (nome e Cognome) _____
Firma del padre _____
Firma della madre _____

**VI PREGHIAMO DI RESTITUIRE IL PRESENTE MODULO COMPILATO E FIRMATO IN OGNI SUA
PARTE ALLA RESPONSABILE DEL CENTRO ALLEGANDO AL PRESENTE LE FOTOCOPIE DELLE
VOSTRE CARTE DI IDENTITA' FIRMATE IN ORIGINALE E LE FOTOCOPIE DEI DOCUMENTI DI
IDENTITA' DELLE PERSONE DELEGATE AL RITIRO**

GRAZIE