

MODULO D'ISCRIZIONE "SUMMER JOBS" A.adolescenti A.ttivi CERCASI

IL SOTTOSCRITTO

(dati di chi esercita la potestà genitoriale)

Cognome e nome _____

Residente in Via _____ nr. _____ Paese _____

del Comune di Primiero San Martino di Castrozza

Tel. _____ Cell _____ Email _____

AUTORIZZA

(dati del ragazzo/a)

Cognome e nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residente in Via _____ nr. _____ Paese _____

del Comune di Primiero San Martino di Castrozza

Cell _____ Email _____

A PARTECIPARE

All'attività denominata "SUMMER JOBS – A.adolescenti A.ttivi CERCASI" organizzata da A.P.P.M. Onlus in collaborazione e con il patrocinio del Comune di Primiero San Martino di Castrozza.

La progettualità è rivolta a tutti ragazzi/e nati/e nel 2004 e a coloro del 2003 i quali al momento dell'iscrizione non abbiano ancora compiuto i 16 anni, residenti nel comune di Primiero San Martino di Castrozza.

I ragazzi/e aderenti dovranno svolgere un pacchetto di 65 ore presso le varie realtà ospitanti nel periodo di Giugno, Luglio, Agosto e Settembre. Tutti i ragazzi aderenti dovranno fare le 5 ore di formazione obbligatoria.

A fronte dello svolgimento di tale pacchetto verrà riconosciuto un attestato di partecipazione valevole per i crediti formativi e un benefit economico (Buono spesa del valore minimo di 60€ da spendere presso negozi selezionati del territorio e da consumarsi entro il 31 Dicembre 2019. Al termine di tale periodo il buono non sarà più utilizzabile).

DICHIARAZIONE DISPONIBILITA'

(segnalare le disponibilità settimanali – non giorni singoli -)

Giugno	
Luglio	
Agosto	
Settembre	

Eventuali Note sulle Disponibilità

In base alla disponibilità indicata APPM ONLUS si occuperà di individuare l'Ente dove svolgere le attività e i relativi orari. Tali orari di REGOLA non saranno modificabili una volta consegnati. I ragazzi saranno periodicamente monitorati dall'Educatore di APPM ONLUS, che sarà il riferimento per tutti i partecipanti, per le loro famiglie e per gli Enti coinvolti. Ogni Ente accogliente affiancherà al ragazzo un tutor durante l'intero periodo di attività. L'attestato di partecipazione e il benefit economico verrà riconosciuto esclusivamente ai partecipanti che avranno svolto almeno 54 ore delle 65 previste.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (dati del genitore/tutore)

Cognome:	Nome:
----------	-------

COMUNICA

ALLERGIE AGLI ALIMENTI

- che il proprio figlio/figlia non è allergico ad alcun alimento.
- che il proprio figlio/figlia è allergico ai seguenti alimenti (si allega certificato medico):

INTOLLERANZE ALIMENTARI

- che il proprio figlio/figlia non è intollerante ad alcun alimento.
- che il proprio figlio/figlia è intollerante ai seguenti alimenti (si allega certificato medico):

EVENTUALI PROBLEMATICHE DI SALUTE

DATA

FIRMA DEL GENITORE / TUTORE
