



# COMUNE DI PONTELANDOLFO

## PROVINCIA DI BENEVENTO

VIA MUNICIPIO – C.A.P. 82027

C.F.: 80000360620

☎ 0824 / 851844

💻 [www.comune.pontelandolfo.bn.it](http://www.comune.pontelandolfo.bn.it)

✉ [info@comune.pontelandolfo.bn.it](mailto:info@comune.pontelandolfo.bn.it)

✉ [comune.pontelandolfo@pec.it](mailto:comune.pontelandolfo@pec.it)

---

---

### **SCHEDA MANIFESTAZIONE DI INTERESSE AI CENTRI ESTIVI 2022**

#### IO SOTTOSCRITTO/A

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_ nato/a

\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ e residente a

\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

telefono genitore 1 \_\_\_\_\_ telefono genitore 2 \_\_\_\_\_

e-mail (stampatello) \_\_\_\_\_

#### **MANIFESTO IL PROPRIO INTERESSE PER LA PARTECIPAZIONE AL CENTRO ESTIVO CON ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA A CARICO DEI PARTECIPANTI:**

CENTRO ESTIVO FASCIA ETA' 3-5 ANNI (Nome dei figli partecipanti):

CENTRO ESTIVO FASCIA ETA' 6-11 ANNI (Nome dei figli partecipanti):

CENTRO ESTIVO FASCIA ETA' 12-14 ANNI (Nome dei figli partecipanti):

#### **E RILASCIO LE SEGUENTI INFORMAZIONI/AUTORIZZAZIONI:**

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Sesso: M / F Codice Fiscale \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente (via/p.za) \_\_\_\_\_ :

Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Presenza di handicap, patologie NO  Si  (\*) specificare:

Firma

\_\_\_\_\_