



# Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO  
UFFICIO PER LE RELAZIONI SINDACALI



GDAP-0057992-2015

U-GDAP-1e00-18/02/2015-0057992-2015

Prot.n.

Ai rappresentanti delle OO.SS.  
del Comparto Sicurezza

Ai rappresentanti delle OO.SS.  
Comparto Ministeri e Dirigenza

**S.A.P.Pe.**

**CISL FP e CISL FNS**

**SI.DI.PE.**

**OSAPP**

**FP CGIL**

**D.P.S.**

**UIL PA/PP**

**UIL - PA Coord. Penit.**

**UNADIS**

**Si.N.A.P.Pe.**

**CONFSAL UNSA**

**D.I.R.S.T.A.T.**

**UGL Polizia Penitenziaria**

**Fed. Naz. UGL INTESA**

**FED. ASSOMED – SIVEMP**

**CISL FNS**

**FILP - FLP**

**CGIL FP/PP.**

**USB PI**

**LORO SEDI**

**FSA - CNPP**

e,p.c. **All'Ente di Assistenza per il Personale  
dell'Amministrazione Penitenziaria  
S E D E**

**OGGETTO:** Centri estivi marini e montani, soggiorni in Italia, soggiorno studio all'estero e soggiorno per diplomati, per i figli dei dipendenti dell'Amministrazione Penitenziaria – anno 2015.

Si trasmette, per opportuna conoscenza la nota Prot. GDAP-0053868-2015 del 13 febbraio 2015 dell'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria.

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO



# Ministero della Giustizia

## ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA



**GDAP - 0053868 - 2015**

PII-GDAP-[m00-13/02/2015-0053868-2015]

Ai Sigg. Direttori delle Direzioni Generali  
del Dipartimento

Al Sig. Direttore dell'Istituto Superiore  
di Studi Penitenziari

Ai Sigg. Direttori degli Uffici di Staff del  
Capo del Dipartimento

Ai Sigg. Provveditori Regionali  
dell'Amministrazione Penitenziaria

Al Sig. Direttore del Centro Amministrativo  
"Giuseppe Altavista"

Ai Sigg. Direttori degli Istituti Penitenziari

Ai Sigg. Direttori degli Uffici Esecuzione  
Penale Esterna

Ai Sigg. Direttori delle Scuole di formazione  
e aggiornamento del Corpo di Polizia e del  
personale dell'Amministrazione Penitenziaria

Ai Sigg. Direttori S.A.D.A.V.

Ai Signori Gestori degli Spacci

### L O R O S E D I

Al Signor Capo del Dipartimento  
Per la Giustizia Minorile

### R O M A

Al Comitato di Indirizzo Generale  
dell'Ente di Assistenza

### L O R O S E D I

**OGGETTO:** Centri estivi marini e montani, soggiorni in Italia, soggiorno studio all'estero e soggiorno per diplomati, per i figli dei dipendenti dell'Amministrazione Penitenziaria - anno 2015.



# *Ministero della Giustizia*

## **ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA**

SCHEDA n.2:

**Soggiorni in Italia – partecipanti nati dal 01/07/2000 al 31/12/2002**

SCHEDA n.3:

**Soggiorno studio all'estero – partecipanti nati dal 18/07/1997 al 30/06/2000**

SCHEDA n.4:

**Soggiorno per diplomati – partecipanti nati dal 21/08/1994 al 01/08/1997**

### **MODALITA' E TEMPI DI TRASMISSIONE DELLE DOMANDE DI PARTECIPAZIONE AI SOGGIORNI**

I dipendenti interessati dovranno consegnare le domande **entro e non oltre il 07/03/2015** alle segreterie incaricate, che, dopo la verifica del possesso dei requisiti nonché della documentazione necessaria, avendo cura di trattenere la relativa documentazione cartacea, procederanno alla registrazione on-line mediante l'utilizzo di apposito **form (maschera)** che sarà disponibile sulla rete INTRANET **a partire dal 02/03/2015 fino al 14/03/2015**.

Le segreterie di competenza, qualora dovessero inserire domande di partecipazione relative ai figli diversamente abili, avranno cura di trasmettere tramite posta elettronica al seguente indirizzo: [attivitasociali.eap.dap@giustizia.it](mailto:attivitasociali.eap.dap@giustizia.it), **entro il 14/03/2015**, la certificazione relativa all'invalidità civile totale e permanente o lo stato di handicap di cui all' art. 3 comma 3 della L. 104/92.

Si precisa che non saranno prese in considerazione domande inoltrate con altro mezzo.

Si informa altresì che le graduatorie di ammissione e le relative comunicazioni saranno portate a conoscenza del personale solo attraverso posta elettronica e pubblicate sulla rete intranet del Dipartimento all'indirizzo <http://dap.giustizia.it> – siti istituzionali - oppure <http://10.0.255.219>



# *Ministero della Giustizia*

## **ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA**

Si rappresenta che anche per l'anno 2015 si svolgeranno i soggiorni in oggetto indicati riservati ai figli dei dipendenti dell'Amministrazione Penitenziaria e del comparto ministeri del Dipartimento Giustizia minorile in servizio che partecipano alla contribuzione volontaria a favore dell'Ente da almeno un anno a decorrere dalla data della presente circolare.

Il personale del Dipartimento Giustizia minorile usufruirà delle attività suddette nella misura del 3% dei posti disponibili, nel rispetto della posizione conseguita nelle graduatorie generali.

Si fa presente che sono equiparati ai figli legittimi i legittimati, gli adottati, gli affiliati, i figli naturali legalmente riconosciuti o giudizialmente dichiarati, i minori regolarmente affidati, i figli di conviventi presenti nello stato di famiglia del dipendente.

Si rappresenta, altresì, che questo Ente si riserva la facoltà di ammettere ai soggiorni quei minori con particolari e comprovate situazioni di disagio socio-familiare, che saranno valutate singolarmente, nonché il diritto di annullare e/o modificare l'organizzazione dei programmi previsti, qualora motivi contingenti lo rendessero necessario e di decidere in ordine all'assegnazione dei turni e delle destinazioni.

Si comunica inoltre che i ragazzi diversamente abili, con invalidità civile totale e permanente o portatori di handicap di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92, potranno partecipare esclusivamente ai soggiorni marini, montani e Italia, previa valutazione della situazione socio-sanitaria, al fine di individuare il soggiorno più confacente ed adeguato alle esigenze del partecipante.

Si allegano le sotto elencate schede contenenti i criteri e le modalità per la partecipazione ai soggiorni, le quali formano parte integrante della presente circolare:

SCHEDA n.1:

**Centri estivi marini e montani – partecipanti nati dal 01/01/2003 al 15/06/2008**



# *Ministero della Giustizia*

## **ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA**

### **PUBBLICIZZAZIONE**

Si prega di esporre la presente nota nelle bacheche, negli spacci e nelle sale convegno e di darne ampia diffusione a tutto il personale dipendente, compreso quello assente a qualsiasi titolo .

La presente nota, le relative schede e la modulistica saranno pubblicate sul sito INTERNET [www.enteassistenza.it](http://www.enteassistenza.it) e sulla rete INTRANET all'indirizzo <http://dap.giustizia.it> – siti istituzionali - oppure <http://10.0.255.219>

IL PRESIDENTE DELL'ENTE

**CENTRI ESTIVI MARINI E MONTANI****• PARTECIPANTI NATI:**

DAL 01/01/2003 – AL 15/06/2008

- **400 SOGGIORNI MARINI** suddivisi in 4 turni di 15 giorni dalla metà di giugno alla metà di agosto. Il soggiorno si svolgerà presso il centro marino di Porto Clementino Tarquinia (VT).
- **300 SOGGIORNI MONTANI** suddivisi in turni della durata di 15 giorni che si effettueranno indicativamente nel mese di luglio presso le seguenti strutture:
  - Villaggio Turistico dolomitico Ge. Tur Piani di Luzza (UD)
  - Delberg Palace Hotel - Pizzoferrato (CH)
  - 5 miglia Hotel – Rivisondoli (AQ)

**CRITERI DI PARTECIPAZIONE**

L'ammissione ai centri estivi sarà effettuata in base a graduatorie, suddivise tra soggiorno marino e montano, redatte secondo il criterio della **maggior anzianità** dei bambini. Tale criterio sarà applicato anche a coloro che sono affetti da handicap non grave e in situazione di autosufficienza.

E' prevista una riserva assoluta in favore di:

➤ **orfani;**

➤ **diversamente abili** in possesso di certificazione di invalidità civile totale e permanente o portatori di handicap di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92.

E' prevista, altresì, una riserva del 10% dei posti secondo il seguente ordine di priorità:

1. minore appartenente a nucleo familiare con un genitore o fratello in possesso di certificazione di invalidità civile totale e permanente o portatori di handicap di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92;
2. minore appartenente a nucleo familiare con almeno 4 figli a carico.

I richiedenti di detta riserva che saranno oltre la soglia del 10% dei posti, verranno posizionati in graduatoria in base al criterio della maggior anzianità dei bambini.

L'applicazione della riserva assoluta riferita ai "diversamente abili" e della riserva del 10% punto 1, è subordinata alla presentazione, all'atto della domanda alle segreterie di

competenza, di certificazione comprovante l'invalidità civile totale e permanente o lo stato di handicap di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92.

Le suddette segreterie procederanno ad inoltrare a questo Ente tale documentazione tramite posta elettronica al seguente indirizzo: [attivitasociali.eap.dap@giustizia.it](mailto:attivitasociali.eap.dap@giustizia.it) entro il **14/03/2015**.

Per l'applicazione delle restanti tipologie di riserva è sufficiente la corretta compilazione del modello di domanda di riferimento.

La località ed il turno saranno **assegnati da questo Ente** al fine di garantire una migliore organizzazione del servizio.

Sarà possibile richiedere un cambio nell'assegnazione delle località e dei turni assegnati solo in casi particolari e debitamente motivati. L'assegnazione, a seguito di richiesta di cambio turno, sarà effettuata applicando il criterio della maggiore anzianità dei bambini.

Per consentire la partecipazione di fratelli nello stesso turno, sempre che siano collocati utilmente in graduatoria, si procederà all'individuazione di una località e un turno disponibili ad accoglierli entrambi.

Successivamente alla formulazione della graduatoria verrà trasmessa alle Segreterie di competenza, tramite posta elettronica, una nota di ammissione con l'indicazione dell'avente diritto, della località e del turno assegnato nonché l'ammontare della quota da corrispondere.

Coloro che non saranno ammessi a partecipare ai soggiorni nella fase iniziale faranno parte di una graduatoria di riserva e verranno ammessi a partecipare successivamente nella località e nel turno resosi disponibile a seguito delle rinunce che perverranno, sempre nel rispetto della maggiore anzianità, in base alle esigenze organizzative di questo Ente e alla disponibilità di voli interni.

I punti di raccolta verranno individuati da questo Ente in accordo con la Ditta organizzatrice.

### **QUOTA DI PARTECIPAZIONE**

Per la partecipazione al soggiorno è previsto il versamento di una quota da parte del dipendente, calcolata in relazione alla dichiarazione ISEE, da allegare all'istanza, riferita ai redditi 2013 e valida all'atto di presentazione della domanda, come di seguito riportato:

|                    |             |               |          |
|--------------------|-------------|---------------|----------|
| INDICATORE ISEE DA | € 0         | A € 11.100,00 | € 80,00  |
| INDICATORE ISEE DA | € 11,101,00 | A € 14.700,00 | € 95,00  |
| INDICATORE ISEE DA | € 14.701,00 | A € 20.000,00 | € 120,00 |
| INDICATORE ISEE DA | € 20.001    | in poi        | € 160,00 |

Coloro che non presenteranno l'attestazione ISEE saranno inseriti nella fascia di contribuzione più elevata che non potrà essere modificata.

Pertanto le Segreterie non potranno accettare attestazioni ISEE prodotte successivamente alla presentazione della domanda.

Tali somme dovranno essere versate secondo le modalità e i tempi che saranno indicati nella lettera di ammissione.

### **MODALITA' E TEMPI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

Il personale interessato dovrà presentare domanda alla propria segreteria compilando in ogni sua parte il modello relativo al soggiorno prescelto (marino o montano) **entro e non oltre il 07/03/2015**.

### **RIMBORSI**

Le quote di partecipazione versate non verranno rimborsate in nessun caso fatta eccezione per:

- Comprovato ricovero presso struttura ospedaliera pubblica
- Intervento di pronto soccorso con successiva prognosi di almeno gg. 7
- Evento luttuoso.

Gli eventi di cui sopra sono limitati a:

- parenti in linea retta ascendente di 1° grado (genitori)
- Parenti in linea retta discendente di 1° grado (figli)
- Parenti in linea collaterale di 2° grado (fratelli-sorelle)

Le richieste di rimborso dovranno pervenire tramite posta elettronica al seguente indirizzo: [attivitasociali.eap.dap@giustizia.it](mailto:attivitasociali.eap.dap@giustizia.it), entro e non oltre il 30 settembre 2015.



## SOGGIORNI IN ITALIA

• **PARTECIPANTI NATI**

DAL 01/07/2000 – AL 31/12/2002

- **600 SOGGIORNI** suddivisi in turni della durata di 15 giorni che si effettueranno, indicativamente nel mese di luglio alla prima quindicina di agosto presso le seguenti strutture:
  - Località Lignano Sabbiadoro (UD) - Villaggio Adriatico Sportivo Ge.Tur ;
  - Località Centro Vacanze Oasi Carpineto (AP);
  - Località Paestum (SA) – Hotel Cristallo

**CRITERI DI AMMISSIONE**

L'ammissione ai soggiorni sarà effettuata in base ad una graduatoria redatta secondo il criterio della **minore anzianità** dei ragazzi. Tale criterio sarà applicato anche a coloro che sono affetti da handicap non grave e in situazione di autosufficienza.

E' prevista una riserva assoluta in favore di :

➤ **orfani;**

➤ **diversamente abili** in possesso di certificazione di invalidità civile totale e permanente o portatori di handicap di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92.

E' prevista , altresì, una riserva del 10% dei posti secondo il seguente ordine di priorità:

1. minore appartenente a nucleo familiare con un genitore o fratello in possesso di certificazione di invalidità civile totale e permanente o portatori di handicap di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92;
2. minore appartenente a nucleo familiare con almeno 4 figli a carico.

I richiedenti di detta riserva che saranno oltre la soglia del 10% dei posti verranno posizionati in graduatoria in base al criterio della minore anzianità.

L'applicazione della riserva assoluta riferita ai "diversamente abili" e della riserva del 10% punto 1, è subordinata alla presentazione, all'atto della domanda alle segreterie di competenza, di certificazione comprovante l'invalidità civile totale e permanente o lo stato di handicap di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92.

Le suddette segreterie procederanno ad inoltrare a questo Ente tale documentazione tramite posta elettronica al seguente indirizzo: [attivitasociali.eap.dap@giustizia.it](mailto:attivitasociali.eap.dap@giustizia.it) entro il **14/03/2015**.

Per l'applicazione delle restanti tipologie di riserva è sufficiente la corretta compilazione del modello di domanda di riferimento.

La località ed il turno saranno **assegnati da questo Ente** al fine di garantire una migliore organizzazione del servizio.

Sarà possibile richiedere un cambio nell'assegnazione delle località e dei turni assegnati solo in casi particolari e debitamente motivati. L'assegnazione, a seguito di richiesta di cambio turno, sarà effettuata applicando il criterio della minore anzianità dei bambini.

**Per consentire la partecipazione di fratelli nello stesso turno, sempre che siano collocati utilmente in graduatoria, si procederà all'individuazione di una località e un turno disponibili ad accoglierli entrambi.**

Successivamente alla formulazione della graduatoria verrà trasmessa alle Segreterie di competenza, tramite posta elettronica, una nota di ammissione con l'indicazione dell'avente diritto, della località e del turno assegnato nonché l'ammontare della quota da corrispondere.

Coloro che non saranno ammessi a partecipare ai soggiorni nella fase iniziale faranno parte di una graduatoria di riserva e verranno ammessi a partecipare successivamente nella località e nel turno resosi disponibile a seguito delle rinunce pervenute, sempre nel rispetto della minore anzianità, in base alle esigenze organizzative di questo Ente e alla disponibilità di voli interni.

I punti di raccolta verranno individuati da questo Ente in accordo con la Ditta organizzatrice.

### QUOTA DI PARTECIPAZIONE

Per la partecipazione al soggiorno è previsto il versamento di una quota da parte del dipendente, calcolata in relazione alla dichiarazione ISEE, da allegare all'istanza, riferita ai redditi 2013 e valida all'atto di presentazione della domanda come di seguito riportato:

|                    |             |               |          |
|--------------------|-------------|---------------|----------|
| INDICATORE ISEE DA | € 0         | A € 11.100,00 | € 100,00 |
| INDICATORE ISEE DA | € 11,101,00 | A € 14.700,00 | € 120,00 |
| INDICATORE ISEE DA | € 14.701,00 | A € 20.000,00 | € 150,00 |
| INDICATORE ISEE DA | € 20.001    | in poi        | € 200,00 |

Coloro che non presenteranno l'attestazione ISEE saranno inseriti nella fascia di contribuzione più elevata che non potrà essere modificata.

Pertanto le Segreterie non potranno accettare attestazioni ISEE prodotte successivamente alla presentazione della domanda.

Tali somme dovranno essere versate secondo le modalità e i tempi che saranno indicati al momento dell'ammissione.

### **MODALITA' E TEMPI PER LA PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

Il personale interessato dovrà presentare domanda presso la propria segreteria compilando in ogni sua parte il modello denominato "Soggiorni in Italia" **entro e non oltre il 07/03/2015.**

### **RIMBORSI**

Le quote di partecipazione versate non verranno rimborsate in nessun caso fatta eccezione per:

- Comprovato ricovero presso struttura ospedaliera pubblica
- Intervento di pronto soccorso con successiva prognosi di almeno gg. 7
- Evento luttuoso.

Gli eventi di cui sopra sono limitati a:

- parenti in linea retta ascendente di 1° grado (genitori)
- Parenti in linea retta discendente di 1° grado (figli)
- Parenti in linea collaterale di 2° grado (fratelli-sorelle)

Le richieste di rimborso dovranno pervenire tramite posta elettronica al seguente indirizzo: [attivitasociali.eap.dap@giustizia.it](mailto:attivitasociali.eap.dap@giustizia.it), entro e non oltre il 30 settembre 2015.

### SOGGIORNI-STUDIO ALL'ESTERO

- **700 SOGGIORNI per lo studio della lingua inglese** suddivisi in turni della durata di due settimane che si svolgeranno presso colleges, indicativamente a partire dal mese di luglio alla prima quindicina di agosto presso:

GRAN BRETAGNA: Londra - Liverpool

IRLANDA: Dublino

E' prevista la frequenza obbligatoria, di corsi di lingua impartiti da insegnanti madrelingua, al termine dei quali verrà rilasciato a ciascun partecipante un ATTESTATO FINALE riconosciuto dagli Enti competenti del paese ospitante ( British Council, Arels ed Acels per l'Irlanda) valido ai fini del credito formativo.

Coloro che durante il soggiorno terranno un comportamento scorretto, non uniformandosi alle regole del paese ospitante, saranno immediatamente espulsi e rimpatriati a spese dei genitori (come da regolamento allegato all'ammissione) e non saranno ammessi a fruire dei soggiorni degli anni successivi.

### REQUISITI PER LA PARTECIPAZIONE

L'iniziativa dei soggiorni-studio all'estero è indirizzata a ragazzi e ragazze che:

- **siano nati dal 18/07/1997 al 30/06/2000;**
- nell'anno scolastico 2013-2014, abbiano conseguito la promozione alla classe superiore;
- frequentino l'anno scolastico in corso.

### CRITERI DI AMMISSIONE

L'ammissione sarà effettuata sulla base di una graduatoria redatta tenendo conto di:

- la maggiore anzianità dei ragazzi;
- la valutazione del comportamento tenuto negli eventuali precedenti soggiorni.

E' prevista una riserva assoluta in favore degli **orfani** ed un'ulteriore riserva del 10% dei posti secondo il seguente ordine di priorità:

1. minore appartenente a nucleo familiare con un genitore o fratello in possesso di certificazione di invalidità civile totale e permanente o portatori di handicap di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92;
2. minore appartenente a nucleo familiare con almeno 4 figli a carico;

I richiedenti di detta riserva che saranno oltre la soglia del 10% dei posti verranno posizionati in graduatoria in base al criterio della maggiore anzianità. L'applicazione della

riserva del 10% punto 1 è subordinata alla presentazione, all'atto della domanda alle segreterie di competenza, di certificazione comprovante l'invalidità civile totale e permanente o lo stato di handicap di cui all'art. 3 comma 3 della L. 104/92.

Le suddette segreterie procederanno ad inoltrare a questo Ente tale documentazione tramite posta elettronica al seguente indirizzo:

[attivitasociali.eap.dap@giustizia.it](mailto:attivitasociali.eap.dap@giustizia.it) entro il **14/03/2015**.

La località ed il turno saranno **assegnati da questo Ente** al fine di garantire una migliore organizzazione del servizio.

Sarà possibile richiedere un cambio nell'assegnazione delle località e dei turni assegnati solo in casi particolari e debitamente motivati. L'assegnazione, a seguito di richiesta di cambio turno, sarà effettuata applicando il criterio della maggiore anzianità dei ragazzi.

Successivamente alla formulazione della graduatoria verrà trasmessa alle Segreterie di competenza, tramite posta elettronica, una nota di ammissione con l'indicazione dell'avente diritto, della località e del turno assegnati nonché la quota da corrispondere.

Coloro che non saranno ammessi a partecipare ai soggiorni nella fase iniziale faranno parte di una graduatoria di riserva e verranno ammessi a partecipare successivamente nella località e nel turno resosi disponibile a seguito delle rinunce pervenute, sempre nel rispetto della minore anzianità, in base alle esigenze organizzative di questo Ente e alla disponibilità di voli interni.

I punti di raccolta verranno individuati da questo Ente in accordo con la Ditta organizzatrice.

### QUOTA DI PARTECIPAZIONE

Per la partecipazione al soggiorno è previsto il versamento di una quota da parte del dipendente, calcolata in relazione alla dichiarazione ISEE, da allegare all'istanza, riferita ai redditi 2013 e valida all'atto di presentazione della domanda come di seguito riportato:

|                    |             |               |          |
|--------------------|-------------|---------------|----------|
| INDICATORE ISEE DA | € 0         | A € 11.100,00 | € 300,00 |
| INDICATORE ISEE DA | € 11,101,00 | A € 14.700,00 | € 320,00 |
| INDICATORE ISEE DA | € 14.701,00 | A € 20.000,00 | € 400,00 |
| INDICATORE ISEE DA | € 20.001    | in poi        | € 600,00 |

Coloro che non presenteranno l'attestazione ISEE saranno inseriti nella fascia di contribuzione più elevata che non potrà essere modificata.

Pertanto le Segreterie non potranno accettare attestazioni ISEE prodotte successivamente alla presentazione della domanda.

Tali somme dovranno essere versate secondo le modalità e i tempi che saranno indicati al momento dell'ammissione.

### **MODALITA' E TEMPI PER LA COMPILAZIONE DELLE DOMANDE**

Il personale interessato dovrà presentare domanda presso la propria segreteria compilando in ogni sua parte il modello denominato "soggiorni-studio all'estero" **entro e non oltre il 07/03/2015.**

### **RIMBORSI**

Le quote di partecipazione versate non verranno rimborsate in nessun caso fatta eccezione per:

- Comprovato ricovero presso struttura ospedaliera pubblica
- Intervento di pronto soccorso con successiva prognosi di almeno gg. 7
- Evento luttuoso.

Gli eventi di cui sopra sono limitati a:

- parenti in linea retta ascendente di 1° grado (genitori)
- Parenti in linea retta discendente di 1° grado (figli)
- Parenti in linea collaterale di 2° grado (fratelli-sorelle)

Le richieste di rimborso dovranno pervenire tramite posta elettronica al seguente indirizzo: [attivitasociali.eap.dap@giustizia.it](mailto:attivitasociali.eap.dap@giustizia.it), entro e non oltre il 30 settembre 2015.

## SOGGIORNO-STUDIO PER DIPLOMATI

- **80 SOGGIORNI - STUDIO** organizzati in un turno unico della durata di gg. 18 che si effettuerà negli Stati Uniti, località Boston, nel mese di agosto, con sistemazione in colleges/università.

E' previsto l'approfondimento della lingua inglese attraverso lezioni in aula, seminari, visite aziendali, conoscenza del territorio ed escursioni.

Al termine del corso sarà rilasciato un ATTESTATO FINALE riconosciuto dall'Ente competente del Paese ospitante (ACCET).

### REQUISITI PER LA PARTECIPAZIONE

L'iniziativa è indirizzata a ragazzi e ragazze:

- Nati dal 21/08/1994 al 01/08/1997. Si precisa che questo Ente si riserva la facoltà di escludere d'ufficio coloro che compiranno i 21 anni durante il periodo del soggiorno;
- Che conseguiranno il diploma di maturità di scuola secondaria di 2° grado nell'anno scolastico 2014/2015
- che siano in possesso del passaporto **idoneo a recarsi negli U.S.A.**

Coloro che conseguiranno il diploma di maturità nell'anno in corso ma che, alla data di partenza (agosto 2015), non avranno ancora compiuto i 18 anni di età, non potranno essere ammessi ad usufruire del soggiorno; **solo in tal caso sarà possibile presentare domanda di partecipazione l'anno successivo.**

### CRITERI DI AMMISSIONE

L'ammissione sarà effettuata sulla base di una graduatoria redatta secondo la votazione conseguita agli esami di maturità e, a parità di voto, secondo la minore anzianità dei ragazzi.

E' prevista una riserva assoluta di posti in favore degli **orfani**.

In considerazione della brevità dei tempi a disposizione per la formulazione della graduatoria di merito ed il controllo da effettuare sulle autocertificazioni prodotte, si invita il personale ad inviare **tempestivamente e contestualmente** tramite posta elettronica - [attivitasociali.eap.dap@giustizia.it](mailto:attivitasociali.eap.dap@giustizia.it) :

- autocertificazione ai sensi del D.lgs 445/2000 attestante la votazione conseguita nell'esame di maturità, nonché la denominazione, l'indirizzo e il recapito telefonico della scuola al fine di permettere a questo Ente di poter effettuare previsti controlli

**Coloro che usufruiranno del soggiorno producendo dichiarazione mendace saranno chiamati a restituire a questo Ente l'intera costo del soggiorno. L'Ente, altresì, si riserverà di mettere in atto le ulteriori procedure previste dalla normativa vigente.**

- copia del passaporto idoneo per recarsi negli U.S.A

Coloro che non invieranno contestualmente ambedue i dati richiesti non verranno inseriti in graduatoria.

**Considerati i tempi necessari per il rilascio del passaporto da parte delle autorità competenti, si consiglia di intraprendere l'iter per il rilascio dello stesso al momento della richiesta di partecipazione al soggiorno.**

I punti di raccolta verranno individuati da questo Ente in accordo con la Ditta organizzatrice.

### **QUOTA DI PARTECIPAZIONE**

Per la partecipazione al soggiorno è previsto il versamento di una quota da parte del dipendente, calcolata in relazione alla dichiarazione ISEE, da allegare all'istanza, riferita ai redditi 2013 e valida all'atto di presentazione della domanda come di seguito riportato:

|                    |             |               |          |
|--------------------|-------------|---------------|----------|
| INDICATORE ISEE DA | € 0         | A € 11.100,00 | € 500,00 |
| INDICATORE ISEE DA | € 11,101,00 | A € 14.700,00 | € 520,00 |
| INDICATORE ISEE DA | € 14.701,00 | A € 20.000,00 | € 600,00 |
| INDICATORE ISEE DA | € 20.001    | in poi        | € 800,00 |

Coloro che non presenteranno l'attestazione ISEE saranno inseriti nella fascia di contribuzione più elevata che non potrà essere modificata.

Pertanto le Segreterie non potranno accettare attestazioni ISEE prodotte successivamente alla presentazione della domanda.

Tali somme dovranno essere versate secondo le modalità e i tempi che saranno indicati al momento dell'ammissione.

### **MODALITA' E TEMPI DI PRESENTAZIONE DELLE DOMANDE**

Il personale interessato dovrà presentare domanda presso la propria segreteria compilando in ogni sua parte il modello denominato " Soggiorno diplomati" **entro e non oltre il 07/03/2015.**



Questo Ente provvederà a stilare un elenco dei richiedenti a partecipare all'iniziativa, in attesa di poter effettuare la graduatoria di ammissione.

### **RIMBORSI**

Le quote di partecipazione versate non verranno rimborsate in nessun caso fatta eccezione per:

- Comprovato ricovero presso struttura ospedaliera pubblica
- Intervento di pronto soccorso con successiva prognosi di almeno gg. 7
- Evento luttuoso.

Gli eventi di cui sopra sono limitati a:

- parenti in linea retta ascendente di 1° grado (genitori)
- Parenti in linea retta discendente di 1° grado (figli)
- Parenti in linea collaterale di 2° grado (fratelli-sorelle)

Le richieste di rimborso dovranno pervenire tramite posta elettronica al seguente indirizzo: [attivitasociali.eap.dap@giustizia.it](mailto:attivitasociali.eap.dap@giustizia.it), entro e non oltre il 30 settembre 2015.

COLONIE 2015

**CENTRI ESTIVI PER I FIGLI DEI DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA**  
**AI SENSI DEL DPR 445/2000 – ART. 46 (AUTOCERTIFICAZIONE)**  
**ARTT. 75 E 76 (DICHIARAZIONI MENDACI)**

(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)

**DIPENDENTE**

|                                                       |                                      |                                   |                      |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| MATR.                                                 | <input type="text"/>                 | COGNOME                           | <input type="text"/> |
| (solo per il personale di P.P.)                       |                                      |                                   |                      |
| DATA N.                                               | <input type="text"/>                 | NOME                              | <input type="text"/> |
| CODICE FISCALE                                        | <input type="text"/>                 |                                   |                      |
| QUALIFICA                                             | <input type="text"/>                 |                                   |                      |
| SEDE DI SERVIZIO                                      | <input type="text"/>                 |                                   |                      |
| STATO DI SERVIZIO                                     | In servizio <input type="checkbox"/> | Vedovo/a <input type="checkbox"/> |                      |
| (indicare la Sede di Servizio e lo Stato di servizio) |                                      |                                   |                      |

**FIGLIO/A**

|                                             |                      |                                                             |
|---------------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------------------|
|                                             | COGNOME              | <input type="text"/>                                        |
| (solo se diverso da quello del dipendente)  |                      |                                                             |
| E' STATA PRESENTATA DOMANDA PER ALTRI FIGLI | NOME                 | <input type="text"/>                                        |
| <input type="checkbox"/>                    |                      |                                                             |
| (Barrare in caso affermativo)               |                      |                                                             |
| DATA N.                                     | <input type="text"/> | SESSO M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| (formato gg mm aa)                          |                      | (barrare la casella)                                        |

**INDIRIZZO A CUI FARE RIFERIMENTO PER LE COMUNICAZIONI RELATIVE AL FAMILIARE BENEFICIARIO DELL'ATTIVITA':**

|                                                       |                         |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|
| <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>    |
| (C.A.P.)                                              | (Via e numero civico)   |
| <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>    |
| (Comune)                                              | (sigla Provincia)       |
| TELEFONO                                              | -- <input type="text"/> |
| (obbligatorio indicare recapito telefonico fisso)     |                         |
| TELEFONO                                              | -- <input type="text"/> |
| (obbligatorio indicare recapito telefonico cellulare) |                         |

**INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA PERSONALE**

**CENTRO MARINO**

|                                         |                      |                     |                      |
|-----------------------------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| Periodo Richiesto                       | <input type="text"/> | Periodo Alternativo | <input type="text"/> |
| (indicare il nr. del periodo prescelto) |                      |                     |                      |

1. Turno: 2^ metà di giugno
2. Turno: 1^ metà di luglio
3. Turno: 2^ metà di luglio
4. Turno: 1^ metà di agosto

**CENTRO MONTANO**

|                                         |                      |
|-----------------------------------------|----------------------|
| Periodo Richiesto                       | <input type="text"/> |
| (indicare il nr. del periodo prescelto) |                      |

- |           |                   |
|-----------|-------------------|
| 1 - Turno | 1^ metà di luglio |
| 2 - Turno | 2^ metà           |

**RISERVA ASSOLUTA (documentazione da allegare alla domanda)**

orfani di: genitore dipendente ☐ genitore non dipendente ☐

Invalidità civile totale e permanente e/o Art.3 comma 3 L. 104/92 ☐

Necessita di assistenza SI ☐ NO ☐

**RISERVA DEL 10% (documentazione da allegare alla domanda esclusivamente punto 1)**

☐

- indicare "1" nella casella per figlio/a appartenente a nucleo familiare con genitore o fratello affetto da invalidità civile totale e permanente e/o art.3 comma 3 L. 104/92

- indicare "2" nella casella per figlio/a appartenente a nucleo familiare con almeno quattro figli a carico.

**CENTRI ESTIVI PER I FIGLI DEI DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA  
AI SENSI DEL DPR 445/ 2000 – ART. 46 (AUTOCERTIFICAZIONE)  
ARTT. 75 E 76 (DICHIARAZIONI MENDACI)**

(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE CHE:

- partecipa alla contribuzione volontaria a favore dell'ENTE DI ASSISTENZA pari ad € 1,55 mensili da almeno un anno a decorrere dalla data della circolare
- l'indicatore ISEE (**da allegare alla domanda per le prime tre fasce**) valido riferito ai redditi 2013 rientra nella fascia ( barrare la casella )

- |      |           |   |           |                          |                           |               |
|------|-----------|---|-----------|--------------------------|---------------------------|---------------|
| - da | 0         | a | 11.100,00 | <input type="checkbox"/> | QUOTA DI PARTECIPAZIONE € | <b>80,00</b>  |
| - da | 11.101,00 | a | 14.700,00 | <input type="checkbox"/> | QUOTA DI PARTECIPAZIONE € | <b>95,00</b>  |
| - da | 14.701,00 | a | 20.000,00 | <input type="checkbox"/> | QUOTA DI PARTECIPAZIONE € | <b>120,00</b> |
| - da | 20.001,00 |   | in poi    | <input type="checkbox"/> | QUOTA DI PARTECIPAZIONE € | <b>160,00</b> |

**AI FINI DELL'INSERIMENTO NEL FORM TUTTI I DATI RICHIESTI SONO OBBLIGATORI**

\_\_\_\_\_ (data)

\_\_\_\_\_ (firma)

**Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30 Giugno 2003,n.196)**

Ai sensi dell'art. 13, comma 1, Codice in materia di protezione dei dati personali, i dati personali di cui ai moduli di richiesta di partecipazione alle attività estive organizzate dall'Ente sopra riportata saranno raccolti presso la sede dell'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria e trattati presso una banca dati automatizzata e cartacea per le finalità di registrazione, organizzazione e gestione delle attività stesse .

I predetti dati saranno, altresì, resi accessibili alle ditte eventualmente preposte all'organizzazione delle attività, mentre le graduatorie e gli elenchi dei partecipanti e degli aventi diritto saranno rese pubbliche attraverso la rete intranet del Dipartimento e per via epistolare.

Il conferimento di tali dati all'Ente di Assistenza e' obbligatorio ai fini di registrazione, organizzazione e gestione delle attività stesse .

I dati saranno comunicati a terzi, esclusivamente ove questi eseguano attività ausiliarie relative alla gestione dei rapporti contrattuali con l'Ente, alla tutela dei diritti, al mantenimento della sicurezza, o in conformità ad obblighi di legge o regolamentari.

L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato codice tra i quali figurano il diritto di accesso, rettifica e cancellazione dei dati che lo riguardano.

L'esercizio dei predetti diritti potrà essere esercitato tramite richiesta rivolta. all'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria – L.go Luigi Daga, 2 – 00169 Roma.

Titolare del trattamento dei dati e' il responsabile titolare della sicurezza dei dati, nominato dall'Ente.

Consenso al trattamento dei dati personali

L'interessato, letta l'informativa di cui sopra, presta il consenso alla raccolta dei dati, alla memorizzazione nei database dell'Ente ed alla loro diffusione e accessibilità via telematica.

Firma

Il mancato consenso alla raccolta dei dati, alla memorizzazione nei database dell'Ente ed alla loro diffusione e accessibilità via telematica non permette la partecipazione alle attività.

ITALIA 2015

**SOGGIORNI IN ITALIA PER I FIGLI DEI DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA  
AI SENSI DEL DPR 445/ 2000 – ART. 46 (AUTOCERTIFICAZIONE)  
ARTT. 75 E 76 (DICHIARAZIONI MENDACI)**

(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)

**DIPENDENTE**

|                                                        |                                      |                                   |                      |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| MATR.                                                  | <input type="text"/>                 | COGNOME                           | <input type="text"/> |
| (solo per il personale di P.P.)                        |                                      |                                   |                      |
| DATA N.                                                | <input type="text"/>                 | NOME                              | <input type="text"/> |
| CODICE FISCALE                                         | <input type="text"/>                 |                                   |                      |
| QUALIFICA                                              | <input type="text"/>                 |                                   |                      |
| SEDE DI SERVIZIO                                       | <input type="text"/>                 |                                   |                      |
| STATO DI SERVIZIO                                      | In servizio <input type="checkbox"/> | Vedovo/a <input type="checkbox"/> |                      |
| (indicare la Sede di Servizio e lo Stato di servizio ) |                                      |                                   |                      |

**FIGLIO/A**

|                                                |                          |                           |                                                       |
|------------------------------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------|
| COGNOME                                        |                          | <input type="text"/>      |                                                       |
| (solo se diverso da quello del dipendente)     |                          |                           |                                                       |
| E' STATA PRESENTATA DOMANDA<br>PER ALTRI FIGLI | <input type="checkbox"/> | NOME <input type="text"/> |                                                       |
| (Barrare in caso affermativo)                  |                          |                           |                                                       |
| DATA N.                                        | <input type="text"/>     | SESSO                     | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| (formato gg mm aa)                             |                          | (barrare la casella)      |                                                       |

**INDIRIZZO A CUI FARE RIFERIMENTO PER LE COMUNICAZIONI RELATIVE AL FAMILIARE BENEFICIARIO  
DELL'ATTIVITA':**

|                                                       |                         |
|-------------------------------------------------------|-------------------------|
| <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>    |
| (C.A.P.)                                              | (Via e numero civico)   |
| <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>    |
| (Comune)                                              | (sigla Provincia)       |
| TELEFONO                                              | -- <input type="text"/> |
| (obbligatorio indicare recapito telefonico fisso )    |                         |
| TELEFONO                                              | -- <input type="text"/> |
| (obbligatorio indicare recapito telefonico cellulare) |                         |

**INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA PERSONALE**

**PERIODO PRESCELTO** ☐ (indicare il numero del periodo prescelto)

- 1° Turno: 1^ metà di Luglio  
2° Turno: 2^ metà di Luglio  
3° Turno: 1^ metà di Agosto

**RISERVA ASSOLUTA (documentazione da allegare alla domanda)**

orfani di: genitore dipendente ☐ genitore non dipendente ☐

Invalidità civile totale e permanente e/o Art.3 comma 3 L. 104/92 ☐

Necessita di assistenza SI ☐ NO ☐

**RISERVA DEL 10% (documentazione da allegare alla domanda esclusivamente punto 1)**

☐

- indicare "1" nella casella per figlio/a appartenente a nucleo familiare con genitore o fratello affetto da invalidità civile totale e permanente e/o art.3 comma 3 L. 104/92 .  
- indicare "2" nella casella per figlio/a appartenente a nucleo familiare con almeno quattro figli a carico

ITALIA 2015

**SOGGIORNI IN ITALIA PER I FIGLI DEI DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA  
AI SENSI DEL DPR 445/ 2000 – ART. 46 (AUTOCERTIFICAZIONE)  
ARTT. 75 E 76 (DICHIARAZIONI MENDACI)**  
(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE CHE:

- partecipa alla contribuzione volontaria a favore dell'ENTE DI ASSISTENZA pari ad € 1,55 mensili da almeno un anno a decorrere dalla data della circolare
- l'indicatore ISEE (**da allegare alla domanda per le prime tre fasce**) valido riferito ai redditi 2013 rientra nella fascia ( barrare la casella )

- da 0 a 11.100,00 ☐ QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 100,00
- da 11.101,00 a 14.700,00 ☐ QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 120,00
- da 14.701,00 a 20.000,00 ☐ QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 150,00
- da 20.001,00 in poi ☐ QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 200,00

**AI FINI DELL'INSERIMENTO NEL FORM TUTTI I DATI RICHIESTI SONO OBBLIGATORI**

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

**Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30 Giugno 2003,n.196)**

Ai sensi dell'art. 13, comma 1, Codice in materia di protezione dei dati personali, i dati personali di cui ai moduli di richiesta di partecipazione alle attività estive organizzate dall'Ente sopra riportata saranno raccolti presso la sede dell'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria e trattati presso una banca dati automatizzata e cartacea per le finalità di registrazione, organizzazione e gestione delle attività stesse .

I predetti dati saranno, altresì, resi accessibili alle ditte eventualmente preposte all'organizzazione delle attività, mentre le graduatorie e gli elenchi dei partecipanti e degli aventi diritto saranno rese pubbliche attraverso la rete intranet del Dipartimento e per via epistolare.

Il conferimento di tali dati all'Ente di Assistenza e' obbligatorio ai fini di registrazione, organizzazione e gestione delle attività stesse .

I dati saranno comunicati a terzi, esclusivamente ove questi eseguano attività ausiliarie relative alla gestione dei rapporti contrattuali con l'Ente, alla tutela dei diritti, al mantenimento della sicurezza, o in conformità ad obblighi di legge o regolamentari.

L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato codice tra i quali figurano il diritto di accesso, rettifica e cancellazione dei dati che lo riguardano.

L'esercizio dei predetti diritti potrà essere esercitato tramite richiesta rivolta. all'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria – L.go Luigi Daga, 2 – 00169 Roma.

Titolare del trattamento dei dati e' il responsabile titolare della sicurezza dei dati, nominato dall'Ente

Consenso al trattamento dei dati personali

L'interessato, letta l'informativa di cui sopra, presta il consenso alla raccolta dei dati, alla memorizzazione nei database dell'Ente ed alla loro diffusione e accessibilità via telematica.

Firma \_\_\_\_\_

Il mancato consenso alla raccolta dei dati, alla memorizzazione nei database dell'Ente ed alla loro diffusione e accessibilità via telematica non permette la partecipazione alle attività.

**ESTERO 2015**

**SOGGIORNO STUDIO ESTERO PER I FIGLI DEI DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE  
PENITENZIARIA**

**AI SENSI DEL DPR 445/ 2000 – ART. 46 (AUTOCERTIFICAZIONE)**

**ARTT. 75 E 76 (DICHIARAZIONI MENDACI)**

(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)

**DIPENDENTE**

|                                                        |                                      |                                   |                      |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| MATR.                                                  | <input type="text"/>                 | COGNOME                           | <input type="text"/> |
| (solo per il personale di P.P.)                        |                                      |                                   |                      |
| DATA N.                                                | <input type="text"/>                 | NOME                              | <input type="text"/> |
| CODICE FISCALE                                         | <input type="text"/>                 |                                   |                      |
| QUALIFICA                                              | <input type="text"/>                 |                                   |                      |
| SEDE DI SERVIZIO                                       | <input type="text"/>                 |                                   |                      |
| STATO DI SERVIZIO                                      | In servizio <input type="checkbox"/> | Vedovo/a <input type="checkbox"/> |                      |
| (indicare la Sede di Servizio e lo Stato di servizio ) |                                      |                                   |                      |

|                                                |                                                       |
|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <b>FIGLIO/A</b>                                |                                                       |
| COGNOME                                        | <input type="text"/>                                  |
| (solo se diverso da quello del dipendente)     |                                                       |
| E' STATA PRESENTATA DOMANDA<br>PER ALTRI FIGLI | NOME <input type="text"/>                             |
| <input type="checkbox"/>                       |                                                       |
| (Barrare in caso affermativo)                  |                                                       |
| DATA N.                                        | <input type="text"/>                                  |
| (formato gg mm aa)                             |                                                       |
| SESSO                                          | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| (barrare la casella)                           |                                                       |

**INDIRIZZO A CUI FARE RIFERIMENTO PER LE COMUNICAZIONI RELATIVE AL FAMILIARE BENEFICIARIO  
DELL'ATTIVITA':**

|                                                        |                       |
|--------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="text"/>                                   | <input type="text"/>  |
| (C.A.P.)                                               | (Via e numero civico) |
| <input type="text"/>                                   | <input type="text"/>  |
| (Comune)                                               | (sigla Provincia)     |
| TELEFONO                                               | --                    |
| (obbligatorio indicare recapito telefonico fisso )     |                       |
| TELEFONO                                               | --                    |
| (obbligatorio indicare recapito telefonico cellulare ) |                       |

**INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA PERSONALE**

**RISERVA ASSOLUTA**

Orfani di: genitore dipendente ☐ genitore non dipendente ☐

**RISERVA DEL 10%(documentazione da allegare alla domanda esclusivamente punto 1)**

- ☐
- indicare "1" nella casella per figlio/a appartenente a nucleo familiare con genitore o fratello affetto da invalidità civile totale e permanente c/o art. 3 comma 3 L.104/92
  - indicare "2" nella casella per figlio/a appartenente a nucleo familiare con almeno quattro figli a carico

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE CHE:**

- il proprio figlio/a frequenta regolarmente nel corrente anno scolastico per la prima volta la classe \_\_\_\_\_
- il proprio figlio/a è stato/a: promosso/a ☐ oppure respinto ☐ alla classe superiore nell'anno scolastico precedente (2013/2014) presso l'Istituto:

SCUOLA/ISTITUTO

Indicare la tipologia e la denominazione scuola/istituto frequentato

COMUNE DI  Prov.

TELEFONO SCUOLA/ISTITUTO

ESTERO 2015

**SOGGIORNO STUDIO ESTERO PER I FIGLI DEI DIPENDENTI DELL'AMMINISTRAZIONE  
PENITENZIARIA**

**AI SENSI DEL DPR 445/ 2000 – ART. 46 (AUTOCERTIFICAZIONE)**

**ARTT. 75 E 76 (DICHIARAZIONI MENDACI)**

(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)

**LINGUA STUDIATA :**

INGLESE ☐

**PERIODO E LOCALITA' DI PREFERENZA ( PURAMENTE INDICATIVO AI FINI DELL'AMMISSIONE)**

**I META' DI LUGLIO** GRAN BRETAGNA ☐ IRLANDA ☐

**II META' DI LUGLIO** GRAN BRETAGNA ☐ IRLANDA ☐

**I META' DI AGOSTO** GRAN BRETAGNA ☐ IRLANDA ☐

- partecipa alla contribuzione volontaria a favore dell'ENTE DI ASSISTENZA pari ad € 1,55 mensili da almeno un anno a decorrere dalla data della circolare
- l'indicatore ISEE valido (**da allegare alla domanda per le prime tre fasce**) riferito ai redditi 2013 rientra nella fascia ( barrare la casella )

- |                            |                          |                                  |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| - da 0 a 11.100,00         | <input type="checkbox"/> | QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 300,00 |
| - da 11.101,00 a 14.700,00 | <input type="checkbox"/> | QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 320,00 |
| - da 14.701,00 a 20.000,00 | <input type="checkbox"/> | QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 400,00 |
| - da 20.001,00 in poi      | <input type="checkbox"/> | QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 600,00 |

**AI FINI DELL'INSERIMENTO NEL FORM TUTTI I DATI RICHIESTI SONO OBBLIGATORI**

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

**Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30 Giugno 2003,n.196)**

Ai sensi dell'art. 13, comma 1, Codice in materia di protezione dei dati personali, i dati personali di cui ai moduli di richiesta di partecipazione alle attività estive organizzate dall'Ente sopra riportata saranno raccolti presso la sede dell'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria e trattati presso una banca dati automatizzata e cartacea per le finalità di registrazione, organizzazione e gestione delle attività stesse .

I predetti dati saranno, altresì, resi accessibili alle ditte eventualmente preposte all'organizzazione delle attività, mentre le graduatorie e gli elenchi dei partecipanti e degli aventi diritto saranno rese pubbliche attraverso la rete intranet del Dipartimento e per via epistolare.

Il conferimento di tali dati all'Ente di Assistenza e' obbligatorio ai fini di registrazione, organizzazione e gestione delle attività stesse .

I dati saranno comunicati a terzi, esclusivamente ove questi eseguano attività ausiliarie relative alla gestione dei rapporti contrattuali con l'Ente, alla tutela dei diritti, al mantenimento della sicurezza, o in conformità ad obblighi di legge o regolamentari.

L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato codice tra i quali figurano il diritto di accesso, rettifica e cancellazione dei dati che lo riguardano.

L'esercizio dei predetti diritti potrà essere esercitato tramite richiesta rivolta. all'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria – L.go Luigi Daga, 2 – 00169 Roma.

Titolare del trattamento dei dati e' il responsabile titolare della sicurezza dei dati, nominato dall'Ente

Consenso al trattamento dei dati personali

L'interessato, letta l'informativa di cui sopra, presta il consenso alla raccolta dei dati, alla memorizzazione nei database dell'Ente ed alla loro diffusione e accessibilità via telematica.

Firma \_\_\_\_\_

Il mancato consenso alla raccolta dei dati, alla memorizzazione nei database dell'Ente ed alla loro diffusione e accessibilità via telematica non permette la partecipazione alle attività.

**SOGG. DIPLOMATI  
2015**

**SOGGIORNI STUDIO PER DIPLOMATI  
AI SENSI DEL DPR 445/ 2000 – ART. 46 (AUTOCERTIFICAZIONE)  
ARTT. 75 E 76 (DICHIARAZIONI MENDACI)**

(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)

**DIPENDENTE**

|                                                        |                                      |                                   |                      |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------|
| MATR.                                                  | <input type="text"/>                 | COGNOME                           | <input type="text"/> |
| (solo per il personale di P.P.)                        |                                      |                                   |                      |
| DATA N.                                                | <input type="text"/>                 | NOME                              | <input type="text"/> |
| CODICE FISCALE                                         | <input type="text"/>                 |                                   |                      |
| QUALIFICA                                              | <input type="text"/>                 |                                   |                      |
| SEDE DI SERVIZIO                                       | <input type="text"/>                 |                                   |                      |
| STATO DI SERVIZIO                                      | In servizio <input type="checkbox"/> | Vedovo/a <input type="checkbox"/> |                      |
| (indicare la Sede di Servizio e lo Stato di servizio ) |                                      |                                   |                      |

**FIGLIO/A**

|                      |                                                       |
|----------------------|-------------------------------------------------------|
| COGNOME              | <input type="text"/>                                  |
| NOME                 | <input type="text"/>                                  |
| DATA N.              | <input type="text"/>                                  |
| (formato gg mm aa)   |                                                       |
| SESSO                | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> |
| (barrare la casella) |                                                       |

**INDIRIZZO A CUI FARE RIFERIMENTO PER LE COMUNICAZIONI RELATIVE AL FAMILIARE BENEFICIARIO DELL'ATTIVITA':**

|                                                       |                       |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>  |
| (C.A.P.)                                              | (Via e numero civico) |
| <input type="text"/>                                  | <input type="text"/>  |
| (Comune)                                              | (sigla Provincia)     |
| TELEFONO                                              | <input type="text"/>  |
| (obbligatorio indicare recapito telefonico fisso)     |                       |
| TELEFONO                                              | <input type="text"/>  |
| (obbligatorio indicare recapito telefonico cellulare) |                       |

**INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA PERSONALE**

**RISERVA ASSOLUTA**

Orfani di: genitore dipendente ☐ genitore non dipendente ☐

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE CHE:**

- il proprio figlio/a frequenta regolarmente nel corrente anno scolastico la classe

|                                                                      |                      |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------|
| SCUOLA/ISTITUTO                                                      | <input type="text"/> |
| Indicare la tipologia e la denominazione scuola/istituto frequentato |                      |
| COMUNE                                                               | <input type="text"/> |
| prov                                                                 | <input type="text"/> |

TELEFONO SCUOLA/ISTITUTO

DIPLOMA DI MATURITA'

Indicare la tipologia di maturità per cui si concorre



# SOGG. DIPLOMATI

## 2015

### SOGGIORNI STUDIO PER DIPLOMATI AI SENSI DEL DPR 445/ 2000 – ART. 46 (AUTOCERTIFICAZIONE) ARTT. 75 E 76 (DICHIARAZIONI MENDACI)

(Il modulo deve essere compilato in carattere stampatello in ogni sua parte)

- partecipa alla contribuzione volontaria a favore dell'ENTE DI ASSISTENZA pari ad € 1,55 mensili da almeno un anno a decorrere dalla data della circolare
- l'indicatore ISEE (**da allegare alla domanda alle prime tre fasce**) valido riferito ai redditi 2013 rientra nella fascia ( barrare la casella )

- |                            |                          |                                  |
|----------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| - da 0 a 11.100,00         | <input type="checkbox"/> | QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 500,00 |
| - da 11.101,00 a 14.700,00 | <input type="checkbox"/> | QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 520,00 |
| - da 14.701,00 a 20.000,00 | <input type="checkbox"/> | QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 600,00 |
| - da 20.001,00 in poi      | <input type="checkbox"/> | QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 800,00 |

### AI FINI DELL'INSERIMENTO NEL FORM TUTTI I DATI RICHIESTI SONO OBBLIGATORI

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

### **Informativa ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lgs. 30 Giugno 2003,n.196)**

Ai sensi dell'art. 13, comma 1, Codice in materia di protezione dei dati personali, i dati personali di cui ai moduli di richiesta di partecipazione alle attività estive organizzate dall'Ente sopra riportata saranno raccolti presso la sede dell'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria e trattati presso una banca dati automatizzata e cartacea per le finalità di registrazione, organizzazione e gestione delle attività stesse .

I predetti dati saranno, altresì, resi accessibili alle ditte eventualmente preposte all'organizzazione delle attività, mentre le graduatorie e gli elenchi dei partecipanti e degli aventi diritto saranno rese pubbliche attraverso la rete intranet del Dipartimento e per via epistolare.

Il conferimento di tali dati all'Ente di Assistenza e' obbligatorio ai fini di registrazione, organizzazione e gestione delle attività stesse .

I dati saranno comunicati a terzi, esclusivamente ove questi eseguano attività ausiliarie relative alla gestione dei rapporti contrattuali con l'Ente, alla tutela dei diritti, al mantenimento della sicurezza, o in conformità ad obblighi di legge o regolamentari.

L'interessato gode dei diritti di cui all'art. 7 del citato codice tra i quali figurano il diritto di accesso, rettifica e cancellazione dei dati che lo riguardano.

L'esercizio dei predetti diritti potrà essere esercitato tramite richiesta rivolta. all'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria – L.go Luigi Daga, 2 – 00169 Roma.

Titolare del trattamento dei dati e' il responsabile titolare della sicurezza dei dati, nominato dall'Ente

#### Consenso al trattamento dei dati personali

L'interessato, letta l'informativa di cui sopra, presta il consenso alla raccolta dei dati, alla memorizzazione nei database dell'Ente ed alla loro diffusione e accessibilità via telematica.

Firma \_\_\_\_\_

Il mancato consenso alla raccolta dei dati, alla memorizzazione nei database dell'Ente ed alla loro diffusione e accessibilità via telematica non permette la partecipazione alle attività.