



Con il contributo di



**PER LA SCUOLA
E IL
DOPOSCUOLA**

FORMAZIONE 2026

**martedì 17 marzo ore 15 - 17.30
c/o Granello di Senape
via Scipione dal Ferro, 4 - Bologna**

La gestione del gruppo.

Cosa vuole dire educare e gestire un servizio Doposcuola.

Stili operativi e obiettivi generali e specifici

Giornata tipo

Modulistica

A cura di Fondazione Donati Zucchi

**Tutti sono invitati !!
Imparare è bello.**

INTRODUZIONE:

**COSA VUOL DIRE EDUCARE E COSA VUOL DIRE APPRENDERE.
MISSION DEL DOPOSCUOLA.**

AREE DI INTERVENTO:

AREA COGNITIVA/DIDATTICA E AREA EDUCATIVA/PSICOSOCIALE.

ATTIVITA' LABORATORIALI

A CURA DEL GRANELLO DI SENAPE.

GIORNATA TIPO:

RACCONTO GIORNATA TIPO.

GRANELLO DI SENAPE:

TESTIMONIANZE.

MODULISTICA:

ALLEGATI.

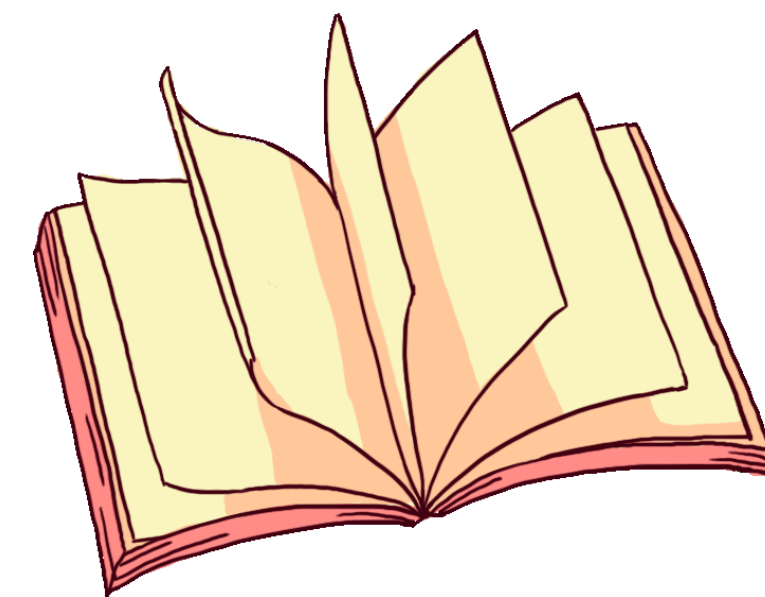
CONCLUSIONI E SALUTI.



EDUCARE = SAPER TIRARE FUORI



**APPRENDERE = PRENDERE
DENTRO DI SE' E PER SE'**



Pedagogia

AREA COGNITIVO/DIDATTICA:

CAPACITA' DI ATTENZIONE;

AUTONOMIA NELLO SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' DIDATTICHE E LUDICHE;

CAPACITA' DI ORGANIZZAZIONE DEL TEMPO A DISPOSIZIONE (COMPITI E TEMPO LIBERO);

AREA EDUCATIVA/PSICOSOCIALE:

CAPACITA' DI ASSUMERSI RESPONSABILITA';

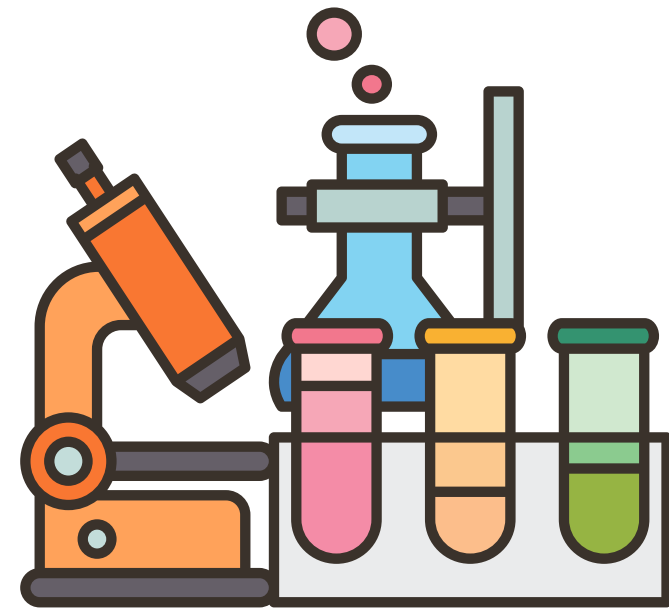
SOSTEGNO PER L'ACCRESCIMENTO DELL'AUTOSTIMA;

ACCETTAZIONE DELL'ALTRO VALORIZZANDO LE DIFFERENZE;

CAPACITA' DI COLLABORARE E CONFRONTARSI CON L'ALTRO (SOCIALIZZAZIONE);

CAPACITA' DI ASCOLTO E DI COMUNICAZIONE CON GLI ALTRI;

RISPETTO DI REGOLE CONDIVISE.



ATTIVITA' LABORATORIALI



A CURA DEL GRANELLO DI SENAPE

GIORNATA TIPO

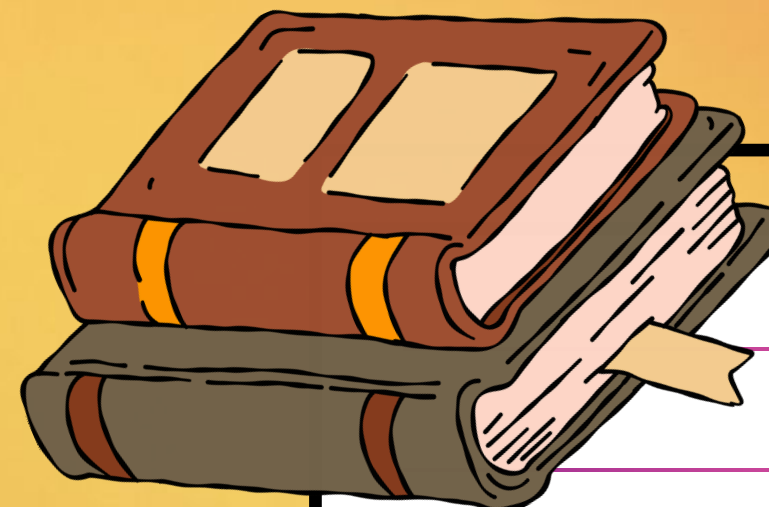
APPELLO



PAUSA RELAX



PRANZO
INSIEME



INIZIO COMPITI



GRANELLO DI SENAPE RACCONTA...



MODULISTICA:

MODULO DI ISCRIZIONE: ALLEGATO A

MODULO INFORMATIVA PRIVACY: ALLEGATO B

MODULO IMMAGINI: ALL. C

MODULO USCITA MINORI: ALL. D

MODULO USCITA ANTICIPATA: ALL. E

MODULO FARMACO SALVAVITA: ALL. F

REGISTRO PRESENZE: ALL. G

CARTA DEI SERVIZI: ALL. H



Con il contributo di



**PER LA SCUOLA
E IL
DOPOSCUOLA**

FORMAZIONE 2026

**martedì 17 marzo ore 15 - 17.30
c/o Granello di Senape
via Scipione dal Ferro, 4 - Bologna**

La gestione del gruppo.

Cosa vuole dire educare e gestire un servizio Doposcuola.

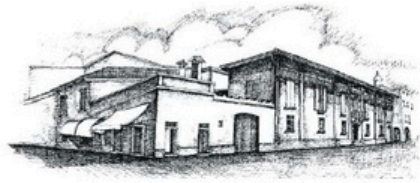
Stili operativi e obiettivi generali e specifici

Giornata tipo

Modulistica

A cura di Fondazione Donati Zucchi

**Tutti sono invitati !!
Imparare è bello.**



FONDAZIONE DONATI ZUCCHI
Piazza Garibaldi 14 - 40059 Medicina (BO)

Modulo A

**DOMANDA DI ISCRIZIONE
"Doposcuola del Partenotrofo"**

A.S. 2026/2027

DOMANDA NUMERO: _____
(a cura della Fondazione)

Il sottoscritto _____

La sottoscritta _____

In qualità di: genitore tutore

CHIEDO DI ISCRIVERE

mio/a figlio/a _____ nato/a il ___ / ___ / _____

a _____ Prov. _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ in via _____ n. _____

telefono → abitazione _____ madre _____ padre _____

altro _____ indirizzo e-mail _____

frequenterà (a.s. 2026/27) la scuola _____ classe _____

al servizio di DOPOSCUOLA

nella seguente modalità (che verrà confermata ad inizio anno scolastico):

PACCHETTO 1 (dal lunedì al venerdì)	PASTO: MENSA ESTERNA <input type="checkbox"/> PASTO DOMESTICO <input type="checkbox"/> NO PASTO <input type="checkbox"/>
PACCHETTO 2 (2 gg/settimana) Indicare 2 giorni: LUNEDI' <input type="checkbox"/> MARTEDI' <input type="checkbox"/> MERCOLEDI' <input type="checkbox"/> GIOVEDI' <input type="checkbox"/> VENERDI' <input type="checkbox"/>	PASTO: MENSA ESTERNA <input type="checkbox"/> PASTO DOMESTICO <input type="checkbox"/> NO PASTO <input type="checkbox"/>
PACCHETTO 3 (3 gg/settimana) Indicare 3 giorni: LUNEDI' <input type="checkbox"/> MARTEDI' <input type="checkbox"/> MERCOLEDI' <input type="checkbox"/> GIOVEDI' <input type="checkbox"/> VENERDI' <input type="checkbox"/>	PASTO: MENSA ESTERNA <input type="checkbox"/> PASTO DOMESTICO <input type="checkbox"/> NO PASTO <input type="checkbox"/>

Mettere una crocetta in corrispondenza al pacchetto scelto e ai servizi extra del pasto

Autorizzo alla somministrazione di cibi e/o bevande in occasioni di feste e ricorrenze SI' NO

Eventuali intolleranze o allergie da segnalare _____

Fornire documenti per richiesta di dieta per motivi salute o etico religiosi.

Si richiede di specificare una eventuale certificazione dsa, bes, discalculia, disgrafia e disortografia (legge 170/2010) _____

Al momento dell'iscrizione verrà richiesta la consegna della diagnosi con allegato la fotocopia del PDP.

INFORMAZIONI PER ACCEDERE ALLA GRADUATORIA:

- lavoro **madre** (dipendente,libera prof., altro) _____
orario lavoro madre _____ sede lavoro _____
- lavoro **padre** (dipendente,libera prof., altro) _____
orario lavoro padre _____ sede lavoro _____
- fratelli/sorelle del medesimo che stanno frequentando il doposcuola _____
- presenza di nonni nel comune di Medicina: materni paterni

Dichiaro di:

- aver preso visione della Carta dei Servizi, documento informativo sul servizio offerto dal Doposcuola del Partenotrofo
- aver preso visione del Regolamento del Servizio
- aver preso visione del documento Informativa e Consenso per la Privacy
- essere a conoscenza delle modalità di pagamento, iscrizione, modifica e recesso dal servizio
- impegnarmi a versare con puntualità la quota della retta di frequenza

Firma padre *

Data _____

Firma madre *

Data _____

* Qualora la domanda sia firmata da un solo genitore, si intende che la scelta di iscrizione al servizio sia condiviso da entrambe le parti genitoriali. La regolarità di corresponsione della retta è responsabilità del genitore firmatario.

Informativa ai sensi dell'art.13 Regolamento (UE) 679/2016

Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati - FAMIGLIE PER IL SERVIZIO DI POST SCUOLA

Gentili,

con la presente, Vi informiamo che il Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché norme relative alla libera circolazione di tali dati. Nel ringraziarVi per averci fornito i dati di Vostro/a figlio/a, di seguito vi forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla vostra conoscenza, per ottemperare agli obblighi di legge:

Il Titolare del trattamento di dati è FONDAZIONE DONATI ZUCCHI C.F 80008450373

Finalità del trattamento

I dati personali sono trattati nel rispetto dei principi di correttezza, liceità e trasparenza, per le seguenti finalità:

Gestione del rapporto con la Fondazione: il trattamento dei dati verrà effettuato per permetterVi di usufruire dei Servizi offerti dalla nostra Fondazione.

Per adempiere alle Finalità sopra elencate i dati personali raccolti afferiscono alle seguenti categorie:

- Nominativo, Indirizzo, Sesso, Provincia di Residenza, Codice Fiscale, Indirizzo e-mail
- Carte sanitarie, Codice fiscale, Documenti di riconoscimento e altri elementi di identificazione personale
- Stato di salute del minore per segnalare eventuali intolleranze alimentari
- Certificazioni di DSA (Disturbi specifici di apprendimento) e BES (Bisogni educativi speciali) Legge 170/2010

Modalità del Trattamento

I dati verranno trattati principalmente con strumenti elettronici e informatici e memorizzati sia su supporti informatici che su supporti cartacei che su ogni altro tipo di supporto idoneo nel rispetto delle misure minime di sicurezza.

Nell'ambito del trattamento effettuato dalla nostra Fondazione, i dati potrebbero essere trasferiti verso paesi terzi in conseguenza dell'utilizzo di risorse di cloud computing a fini di archiviazione e conservazione dei dati. In tali casi i dati saranno protetti mediante l'utilizzo di tecniche di pseudonimizzazione e cifratura.

Base giuridica del trattamento

La fornitura di dati personali, anche appartenenti alle categorie particolari di cui all'art.9 del Regolamento UE 2016/679, è necessario per fornire dei Servizi della Fondazione. In caso di mancata comunicazione dei dati indispensabili per adempiere alle finalità di cui sopra, i servizi non potranno essere erogati.

Durata conservazione dei Dati

Per garantirle un trattamento dei dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che i dati saranno conservati come previsto dalla legge per almeno 10 anni.

Soggetti terzi a cui potranno essere comunicati i dati personali

I dati potranno essere comunicati al personale della Fondazione in qualità di incaricati al trattamento per la gestione dei servizi. I dati in oggetto potranno essere comunicati a: società informatiche, fornitori di reti e servizi, servizi di comunicazione elettronica e servizi informatici e telematici di archiviazione e gestione informatica dei dati, Studi legali, Consulenti del lavoro e Commercialisti, istituti di credito, istituti assicurativi e organi preposti ad effettuare verifiche e controlli circa la regolarità degli adempimenti contabili e fiscali previsti dalla Legge.

Trasferimento dei dati personali verso paesi terzi o organizzazioni internazionali

Desideriamo inoltre informarla che i dati personali non saranno oggetto di trasferimento in paesi extra-UE, salvo l'esistenza di apposita decisione della Commissione UE che garantisca, per tali paesi, l'adeguatezza e la garanzia di trattamento secondo le disposizioni del Reg. 679/16.

Diritti dell'interessato

- **Diritto di revoca del consenso (art. 13 comma II lett. A e art. 9 comma II lett. A GDPR):**

Lei ha il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento per tutti quei trattamenti il cui presupposto di legittimità è una Sua manifestazione di consenso, come indicato nella tabella delle finalità qui sopra descritta. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento precedente.

- **Diritto di accesso ai dati (art. 15):**

Lei potrà richiedere a) le finalità del trattamento; b) le categorie di dati personali in questione; c) i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati, in particolare se destinatari di paesi terzi o organizzazioni internazionali; d) quando possibile, il periodo di conservazione dei dati personali previsto oppure, se non è possibile, i criteri utilizzati per determinare tale periodo; e) l'esistenza del diritto dell'interessato di chiedere al titolare del trattamento la rettifica o la cancellazione dei dati personali o la limitazione del trattamento dei dati personali che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento; f) il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo; g) qualora i dati non siano raccolti presso l'interessato, tutte le informazioni disponibili sulla loro origine; h) l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato. Lei ha il diritto di richiedere una copia dei dati personali oggetto di trattamento.

- **Diritto di rettifica (art. 16)**

Lei ha il diritto di chiedere la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano e di ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti.

- **Diritto all'oblio (art. 17)**

Lei ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che la riguardano se i dati personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati, se revoca il consenso, se non sussiste alcun motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento di profilazione, se i dati sono stati trattati illecitamente, se vi è un obbligo legale di cancellarli; se i dati sono relativi a servizi web a minori senza consenso. La cancellazione può avvenire salvo che sia prevalente il diritto alla libertà di espressione e di informazione, che siano conservati per l'adempimento di un obbligo di legge o per l'esecuzione di un compito svolto nel pubblico interesse oppure nell'esercizio di pubblici poteri, per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità, a fini di archiviazione nel pubblico interesse, di ricerca scientifica o storica o a fini statistici o per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

- **Diritto alla limitazione del trattamento (art. 18)**

Lei ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando ha contestato l'esattezza dei dati personali (per il periodo necessario al titolare del trattamento per verificare l'esattezza di tali dati personali) o se il trattamento sia illecito, ma Lei si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo o se le sono necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria, mentre al Titolare non sono più necessari.

- **Diritto alla portabilità (art. 20)**

Lei ha il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che la riguardano forniti ed ha il diritto di trasmetterli a un altro se il trattamento si sia basato sul consenso, sul contratto e se il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati, salvo che il trattamento necessario per l'esecuzione di un compito di interesse pubblico o connesso all'esercizio di pubblici poteri e che tale trasmissione non leda il diritto di terzo.

- **Diritto di rivolgersi all'autorità Garante per la protezione dei dati personali (art. 77)**

Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, se Lei ritiene che il trattamento che lo riguarda violi il regolamento in materia di protezione dei dati personali, ha il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione.

Per esercitare i diritti previsti all'art. 16 del Regolamento UE 2016/679, sopra elencati l'interessato dovrà rivolgere richiesta scritta alla Fondazione intestataria alla seguente mail fondazionedonatizucchi@pec.it C/A del Responsabile del Trattamento

I sottoscritti _____,

Genitori del minore _____

dichiarano di aver letto attentamente il contenuto dell'informativa da Voi fornita ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e del Regolamento UE nr. 679/2016 e di averne ricevuto copia.

Consentono

Non consentono

Al trattamento dei dati del/della proprio/a figlio/a minore per le finalità di cui sopra.

Data _____

Firme



FONDAZIONE DONATI ZUCCHI

Piazza Garibaldi 14 - 40059 Medicina (BO)

“Doposcuola del Partenotrofio”

A.S. 2026/2027

Oggetto: Consenso all'utilizzo di dati personali ai sensi del Regolamento UE 679/2016

I sottoscritti

 cognome e nome del padre

 cognome e nome della madre

nella loro qualità di genitori esercenti la patria potestà sul minore

 cognome e nome del minore

nato a _____ il _____
 luogo e data di nascita del minore

preso atto della Nota informativa consegnata dall'Ente gestore e avendo altresì appreso le informazioni di cui al Regolamento **UE 679/2016**

DICHIARANO

- in relazione all'utilizzo di materiale fotografico (foto/filmati) che ritraggano il proprio figlio/a durante lo svolgimento delle attività, sia all'interno dei locali dell'Ente (Festa di Carnevale, momenti di aggregazione al campo giochi, etc..) che attività esterne (Gite, etc.) **da pubblicare su CD o altro supporto da consegnare unicamente alle Famiglie degli iscritti.**

di dare il consenso di negare il consenso

_____ e _____
 firma del padre e firma della madre

- in relazione all'utilizzo di materiale fotografico (foto/filmati) che ritraggano il proprio figlio/a durante lo svolgimento delle attività, sia all'interno dei locali dell'Ente (Festa di Carnevale, momenti di aggregazione al campo giochi) che attività esterne (Gite, etc.) **da utilizzare per la realizzazione di lavoretti/manufatti da consegnare alla propria Famiglia e alle Famiglie degli iscritti.**

di dare il consenso di negare il consenso

_____ e _____
 firma del padre e firma della madre

- in relazione all'utilizzo di materiale fotografico (foto/filmati) che ritraggano il proprio figlio/a durante lo svolgimento delle attività, sia all'interno dei locali dell'Ente (Festa di Carnevale, momenti di aggregazione al campo giochi) che attività esterne (Gite, ecc.) **finalizzati alla promozione dell'Ente (depliant, volantini, produzioni divulgative, filmati dimostrativi)**

di dare il consenso di negare il consenso

_____ e _____
 firma del padre e firma della madre

In ogni caso, l'autorizzazione concessa come sopra comporta:

- l'autorizzazione alla pubblicazione dei dati personali nella forma in cui sono esposti in quanto accettati come conformi alle esigenze di privacy.
 - l'autorizzazione, secondo le esigenze tecniche, ad eventuali modifiche delle immagini fornite.
 - la consapevolezza che, attraverso questa istanza liberatoria, la “Fondazione Donati Zucchi” viene svincolata da ogni responsabilità diretta o indiretta inerente i danni al proprio patrimonio ed alla immagine del/della proprio/a tutelato/a.
 - la conferma, da parte dei sottoscritti, sia in proprio che nella qualità come sopra, di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato.
- La presente autorizzazione non consente l'uso dell'immagine in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del minore e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati.

La presente dichiarazione è da ritenersi valida per l'intero ciclo di frequenza dell'alunno presso il nostro Ente, fatto salvo il caso in cui i genitori (o il genitore affidatario unico/tutore legale) del minore si avvalgono dei diritti elencati nella nota informativa, in tal caso si provvederà alla firma di un nuovo modulo di Consenso.

Medicina, _____

Firma dei genitori



FONDAZIONE DONATI ZUCCHI
"Doposcuola del Partenotrofito"
 Piazza Garibaldi 14 - 40059 Medicina (BO)

Modulo B

AUTORIZZAZIONE USCITA AUTONOMA/DELEGA AL RITIRO DEL MINORE

I sottoscritti:

_____ C.F. _____
 (nome e cognome padre)

_____ C.F. _____
 (nome e cognome madre)

in qualità di genitori tutori altro _____ del minore _____

iscritto al Doposcuola del Partenotrofito per l'A.S. 2026/2027 dichiarano di aver letto il regolamento e che il

minore potrà uscire nella seguente modalità (SCEGLIERE SOLO UNA DELLE 3 OPZIONI):

- SOLO CON GENITORI** nella fascia oraria di uscita prevista (17:00 - 17:30)
- USCITA AUTONOMA** nella fascia oraria di uscita prevista (17:00 - 17:30)

Dal momento in cui il ragazzo sarà uscito dal doposcuola, si ritiene sollevato il personale della Fondazione Donati Zucchi da ogni responsabilità.

- USCITA CON DELEGATI** nella fascia oraria di uscita prevista (17:00 - 17:30)

NOME E COGNOME DELEGATO/A	NATO/A A	IL	DOCUMENTO DI IDENTITA' (TIPO E NUMERO)

ALLEGARE COPIA DI IDENTITA' DEI DICHIARANTI E DEI DELEGATI AL RITIRO

DA COMPILARE OBBLIGATORIO PER TUTTI:

USCITA STRAORDINARIA/URGENZA/IMPREVISTO: dichiariamo di aver letto il regolamento e che il minore potrà essere ritirato dai seguenti delegati:

NOME E COGNOME DELEGATO/A	NATO/A A	IL	DOCUMENTO DI IDENTITA' (TIPO E NUMERO)

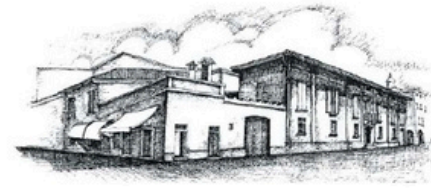
Il personale educativo accerterà l'identità chiedendo un documento di riconoscimento al delegato prima di consegnare il minore, pertanto non occorre allegare alcun documento.

LE SCELTE SOPRAINDICATE, SALVO REVOCA SCRITTA, S'INTENDONO VALIDE PER L'INTERO A.S. 2026-2027

Data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____



FONDAZIONE DONATI ZUCCHI
“Doposcuola del Partenotrofito”
Piazza Garibaldi 14 - 40059 Medicina (BO)

Modulo C

RICHIESTA USCITA ANTICIPATA PER ATTIVITA' SPORTIVA

I sottoscritti _____ e _____
(nome e cognome padre) (nome e cognome madre)

in qualità di genitori del minore _____ iscritto al Doposcuola del
Partenotrofito, richiedono l'uscita anticipata per impegni dovuti ad attività sportiva come segue:

- LUNEDI' alle ore _____
- MARTEDI' alle ore _____
- MERCOLEDI' alle ore _____
- GIOVEDI' alle ore _____
- VENERDI' alle ore _____

L'uscita sarà:

- SOLO CON GENITORI
- AUTONOMA
- CON DELEGATI

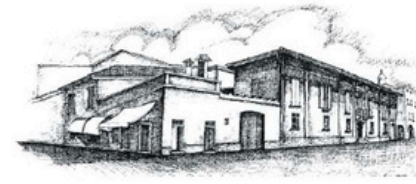
NOME E COGNOME DELEGATO/A	NATO/A A	IL	DOCUMENTO DI IDENTITA' (TIPO E NUMERO)

**LA SCELTA SOPRAINDICATA, SALVO REVOCA SCRITTA, S'INTENDE VALIDA PER L'INTERO
A.S. 2026-2027**

Data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____



FONDAZIONE DONATI ZUCCHI

“Doposcuola del Partenotrofito”

Piazza Garibaldi 14 - 40059 Medicina (BO)

Modulo D

A.S. 2026/2027

MODULO RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI

Noi sottoscritti _____ e _____
(nome e cognome padre) (nome e cognome madre)

in qualità di genitori del minore _____ iscritto al Doposcuola
del Partenotrofito, consapevoli che gli educatori e personale ausiliario non hanno competenze, né
funzioni sanitarie e che non sono obbligati alla somministrazione dei farmaci ai ragazzi,

CHIEDIAMO E AUTORIZZIAMO

che a nostro figlio sia somministrato il farmaco e/o effettuata specifica attività a supporto di
alcune funzioni vitali, come da indicazioni della pediatra di comunità o autorizzazione medica
allegata.

Specificare farmaci e numero di confezioni eventualmente consegnate agli educatori

Allegato certificato medico

Data _____

Firma del padre _____

Firma della madre _____

Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto del Regolamento UE 679/2016, nei modi e nei limiti necessari per garantire l'erogazione del servizio. (Vedasi informativa completa consegnata)

FONDAZIONE DONATI ZUCCHI

Piazza Garibaldi, 6
40059 Medicina (Bo)

Contatti doposcuola:
doposcuola@fondazionedonatizucchi.com
Tel. 334/6548024



CARTA DEI SERVIZI
A.S. 2026-2027



