



Domanda ricevuta il giorno ____ / ____ / 2019 alle ore ____ : ____ N° ____
 (in caso di iscrizioni superiori alle 60 unità, garantirà l'inserimento il numero di iscrizione entro il 60)

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CENTRO PRIMAVERILE 2019

Cognome e Nome genitore			
Residenza(via,n.civico,CAP, città)			
Codice Fiscale			
Email			
Cellulare	(mamma)	(papà)	(altro)

CHIEDE

L'iscrizione del/la proprio figlio/a
 Nato/a il/...../..... a Residente in
 Scuola Frequentata (2018/19)

Al **CENTRO PRIMAVERILE** istituito presso lo Spazio MAST, via San Martino 22, Rho (MI), nei giorni:

	18 aprile 2019		26 aprile 2019
	19 aprile 2019		
	23 aprile 2019		
	24 aprile 2019		

Per un costo complessivo di: € _____ (compilazione a cura della cooperativa)

Il/la Sottoscritto/a si impegna a depositare il saldo dell'intera quota al momento dell'iscrizione (si ricordano le tariffe: € 21,00 per il singolo giorno di frequenza o per giorni distinti, € 100,00 per l'intero periodo di cinque giorni con seguente scontistica: 10% sul secondo figlio, 20% dal terzo figlio) nelle seguenti modalità:

- contanti
- carte
- bonifico bancario (NUOVO IBAN: IT38P0200820201000041230719 intestato a LAFUCINA COOP.SOC.ONLUS)

Tale quota NON verrà restituita in caso di mancata frequentazione del servizio.

La quota verrà interamente rimborsata nei seguenti casi:

- mancata erogazione del servizio per non raggiungimento del numero minimo di iscritti;
- assenza per malattia certificata dal medico curante o ricovero certificato dall'azienda ospedaliera

Indicare i dati su cui effettuare il bonifico di rimborso:

IBAN
 Intestatario del conto Banca

Si segnala:

- che il/la proprio/a figlio/a necessita di un educatore di sostegno
- che il/la proprio/a figlio/a segue una dieta specifica per allergia/intolleranza (come da certificazione medica consegnata per l'a. s. in corso) ai seguenti alimenti ;
- che il/la proprio/a figlio/a segue una dieta specifica per motivi religiosi (come da autocertificazione in vigore per l'a.s. in corso);

Il/la Sottoscritto/a comunica che l'orario di uscita prescelto per il/la proprio/a figlio/a è:
 15.30-16.00 16.45-17.30

Il/la Sottoscritto/a autorizza che il/la proprio/a figlio/a venga riaffidato/a al termine delle attività programmate al Sig/Sig.ra _____ Documento d'Identità n° _____ (da fotocopiare e allegare) che su espressa delega si assume la responsabilità di custodia esonerando pertanto la Cooperativa Sociale LaFucina ONLUS da ogni responsabilità.

Il/la Sottoscritto/a autorizza che il/la proprio/a figlio/a sia ripreso/a con foto e registrazioni audio video durante tutte le attività previste per scopi informativi, formativi e di documentazione dell'esperienza
 SI NO

Il/la Sottoscritto/a autorizza il trattamento dei dati personali di questo modulo ai sensi D.LGS UE 679/2016
 SI NO

(Il conferimento del consenso al trattamento dei dati personali è facoltativo. In qualsiasi momento è possibile esercitare tutti i diritti indicati degli artt. 15 a 22 e dell'art. 34 del GDPR, in particolare la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati, con comunicazione scritta da inviare al responsabile del trattamento dati: Cooperativa Sociale LaFucina ONLUS Via San Martino 22, Rho (MI))

Rho _____ Firma (genitore) _____
 (allegare alla domanda di iscrizione: copia della carta d'identità in corso di validità e della tessera sanitaria regionale)