



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Servizi Educativi Scolastici Integrativi (a.s. 2016/2017)

Il sottoscritto _____ (C.F. _____) in qualità di PADRE MADRE TUTORE del minore sotto indicato, consapevole delle sanzioni previste dagli artt. 46-47 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità, e dopo aver preso visione dei REGOLAMENTI relativi ai Servizi Educativi Scolastici Integrativi,

con la presente **CHIEDE** per il proprio figlio l'iscrizione al SERVIZIO di:

- PRE-ACCOGLIENZA 7.30-8.05 (*solo per alunni Scuola Primaria*)
- SOLO SERVIZIO MENSA 12.35-14.00
- SOLO SPAZIO GIOCO-COMPITI 14.00-17.00
- SPAZIO GIOCO-COMPITI CON MENSA (*c.d. Centro Educativo delle Meraviglie*) 12.35-17.00

a tal fine **DICHIARA** quanto segue:

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE (*per il quale si chiede l'iscrizione*)

COGNOME/NOME _____ M F
ISCRITTO PER L'ANNO 2015-2016 ALLA CLASSE _____ DELLA S. PRIMARIA S. SECONDARIA DI I°
CODICE FISCALE _____ CITTADINANZA _____
NATO A _____ PROVINCIA _____ STATO _____ IL _____
RESIDENTE A _____ IN VIA _____
CELLULARE PADRE _____ E-MAIL _____
CELLULARE MADRE _____ E-MAIL _____
ALTRI RECAPITI TELEFONICI UTILI _____

Sono autorizzate a prelevare il minore al termine delle attività (ore 14.00 e/o ore 17.00), oltre ai genitori, anche le seguenti persone **MAGGIORENNI**:

_____	_____	_____
<i>Nome e Cognome</i>	<i>parentela</i>	<i>tel.</i>
_____	_____	_____
<i>Nome e Cognome</i>	<i>parentela</i>	<i>tel.</i>

SI RICORDA CHE NON È IN ALCUN MODO POSSIBILE AUTORIZZARE IL MINORE ALL'USCITA DA SCUOLA SENZA LA PRESENZA DI UN ACCOMPAGNATORE ADULTO

DATI INTEGRATIVI

che il minore presenta le seguenti difficoltà alimentari (es. *intolleranze, allergie, diete particolari*):

che il minore soffre delle seguenti patologie che necessitano di cure mediche di cui si dovrà tener conto nello svolgimento del servizio:

che il minore è coinvolto in maniera continuativa nelle seguenti attività settimanali (es. *attività sportiva, catechismo, etc.*) che prevedono l'uscita anticipata:

DESCRIZIONE	GIORNO DELLA SETTIMANA	ORARIO DI USCITA PREVISTO

DOCUMENTI ALLEGATI

Copia documento di identità in corso di validità di chi firma il presente modulo

Copia documento di identità in corso di validità di tutti i soggetti delegati

Ricevuta effettuato pagamento **PRIMA RATA**

Certificati medici comprovanti patologie rilevanti, allergie e intolleranze

Elenco farmaci salvavita da somministrare (*con certificato medico*)

Altro (*specificare*) _____

OGNI versamento DEVE ESSERE effettuato sul conto corrente intestato a "Tangram onlus" IBAN **IT66T0103059931000010073982** Banca Monte dei Paschi di Siena, specificando nella causale nome e cognome del minore iscritto.

Dichiaro di essere a conoscenza del fatto che, ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 i dati inseriti verranno memorizzati su supporto elettronico e conservati solo per l'erogazione del servizio. Non verranno in nessun modo comunicati a terzi. In qualsiasi momento potrò richiederne la cancellazione o la modifica contattando il Comune di Mozzecane. Con la firma le presente modulo autorizzo, pertanto, al trattamento dei miei dati personali per gli scopi sopra indicati, ivi compresa l'iscrizione al servizio gratuito comunale d'informazione "Tienimi informato" per ogni eventuale comunicazione relativa a questa o ad altre iniziative.

Data _____

FIRMA MADRE

FIRMA PADRE

RISERVATO ALL'UFFICIO

DATA E ORARIO DI CONSEGNA DELL'ISCRIZIONE