



DOMANDA DI ISCRIZIONE

Servizi Educativi Scolastici Integrativi (a.s. 2018/2019)

Il sottoscritto _____ in qualità di PADRE MADRE TUTORE (tipo documento identità _____ numero _____, rilasciato da _____ con scadenza il _____) 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 S.E.S.I.,

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

- PRE-ACCOGLIENZA (*solo per alunni Scuola Primaria*)
- SPAZIO GIOCO-COMPITI - *senza Servizio Mensa*
- SPAZIO GIOCO-COMPITI - *con Servizio Mensa*
- POST-ORARIO
- SOLO SERVIZIO MENSA

a tal fine **DICHIARA** quanto segue:

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

COGNOME/NOME _____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
ISCRITTO PER L'ANNO 2018-2019 ALLA CLASSE _____ DELLA <input type="checkbox"/> S. PRIMARIA <input type="checkbox"/> 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 _____	

DATI DELLA PERSONA A CUI INTESTARE TUTTE LE FATTURE (*intero anno scolastico*)

COGNOME/NOME _____																					
CODICE FISCALE _____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
RESIDENTE A _____ IN VIA _____																					

- [eventuale] **AUTORIZZAZIONE ALL'USCITA AUTONOMA DEL MINORE DI 14 ANNI** ai sensi dell'art. 19-bis della Legge 04/12/2017 n. 172 (conversione del Decreto Legge del 16/10/2017, n. 148). A tal fine si allega modulo sottoscritto da entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale

SOGGETTI MAGGIORENNI DELEGATI AL RITIRO (oltre ai titolari responsabilità genitoriale):

NOMINATIVO	PARENTELA	TIPOLOGIA E NUMERO DI UN DOCUMENTO D'IDENTITÀ	TELEFONO

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:

ALTRE DICHIARAZIONI

- di aver preso visione dei "Regolamenti" dei Servizi Educativi Scolastici Integrativi e della Mensa e di accettarli in ogni loro parte
- di essere a conoscenza del fatto che, ai sensi della normativa sulla Privacy, i dati inseriti verranno memorizzati su supporto elettronico e conservati solo per l'erogazione del servizio. Non verranno comunicati a terzi. In qualsiasi momento potrò richiederne la cancellazione o la modifica contattando il Comune di Mozzecane. Con la firma al 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 per ogni eventuale comunicazione relativa a questa o ad altre iniziative.

OGNI versamento **DEVE ESSERE** effettuato tramite bonifico bancario sul conto corrente intestato alla Cooperativa Sociale TANGRAM di Valeggio sul Mincio IBAN IT66T0103059931000010073982 (Monte dei Paschi di Siena, Agenzia di Valeggio s/M), specificando come causale: "*nome e cognome del bambino - tipologia servizio richiesto*".

DOCUMENTI ALLEGATI

- Copia documento di identità in corso di validità di chi compila il presente modulo
- Ricevuta effettuato pagamento **ACCONTO**
- Certificati medici comprovanti patologie rilevanti, allergie e intolleranze
- Elenco farmaci salvavita da somministrare (*con certificato medico*)
- Autorizzazione all'uscita autonoma (*eventuale*)
- Altro (*specificare*) _____

Data _____

FIRMA GENITORE COMPILATORE

FIRMA ALTRO GENITORE