



Associazione Senza il Banco

DOMANDA DI ISCRIZIONE AI SERVIZI EXTRA-SCOLASTICI A.S. 2018/2019 LEONARDO DA VINCI

Io sottoscritto/a	nato/a il	a
Residente a	in via	tel

Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE n. 2016/679

Nell'avanzare richiesta di iscrizione a "Senza il banco" prendo visione della sotto riportata nota informativa relativa al D. Lgs. 196/2003 edell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 , recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLA che i dati personali da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta la nostra attività. Inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, il sottoscritto è conoscenza che ha diritto di accedere ai dati chiedendone la correzione, l'integrazione, la cancellazione o il blocco. Autorizzo inoltre mio figlio/a a partecipare a titolo gratuito a riprese fotografiche o filmate sulle attività realizzate nel servizio da lui/lei frequentato. Acconsento quindi (legge196/2003) che le immagini vengano utilizzate per la documentazione dei suddetti percorsi, attraverso fotografie o filmati-video. Presa visione di tale nota informativa confermo la richiesta di iscrizione all'associazione ed autorizzo il trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi istituzionali e statutari di "Senza il Banco".

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO**

Firma _____

CHIEDO DI FRUIRE DEI SERVIZI INTEGRATIVI DI ASSISTENZA AL PASTO E ASSISTENZA AI COMPITI

Scuola Secondaria Leonardo da Vinci

Assistenza al pasto (14:00-14:45)

LUNEDI' **MARTEDI'** **MERCOLEDI'** **GIOVEDI'** **VENERDI'**

Euro 30.62 all'anno per ciascun giorno

Assistenza ai compiti (14:45 - 16:30)

LUNEDI' **MARTEDI'** **MERCOLEDI'** **GIOVEDI'** **VENERDI'**

Euro 91.00 all'anno per ciascun giorno

Il pagamento sarà possibile effettuarlo in due modalità, con unico versamento oppure in 3 tranches con un acconto al momento dell'iscrizione entro il 30 settembre, seconda tranches entro il 31 gennaio e saldo entro il 15 maggio 2019 tramite bonifico bancario IBAN IT 32B031270240000000003888 intestato all' Associazione Senza il Banco, indicando nella causale "nome del partecipante, nome scuola A.S. 2018-2019. Non sono previste riduzioni della tariffa in caso di inutilizzo parziale o totale del servizio. In caso di rinuncia al servizio o di iscrizione in corso d'anno la tariffa viene ridotta proporzionalmente al numero di mesi dell'anno scolastico in cui l'alunno risulta iscritto. La rinuncia deve essere presentata perentoriamente entro l'ultimo giorno del mese per aver diritto alla riduzione con decorrenza dal mese successivo.

INFORMAZIONI UTILI:

COGNOME E NOME del bambino _____

Data di nascita _____ **Luogo** _____ **Classe** _____

Indirizzo _____

Recapiti telefonici utili: _____

e-mail: _____

ALLERGIE /ASSUNZIONE MEDICINALI:

Io sottoscritto _____

informo l'Ass. Senza il Banco che mio figlio/a _____

Risulta **allergico/a** _____

Deve seguire una dieta medica (certificata dal medico scolastico)

Deve obbligatoriamente assumere i seguenti medicinali (con certificazione del medico scolastico):

Pertanto autorizzo l'ass. Senza il Banco a somministrare i farmaci indicati nelle modalità sopra descritte e la sollevo da ogni responsabilità.

AUTORIZZAZIONI USCITE:

Accompagnamento con educatore: Con la presente io genitore/tutore del/la bambino/a autorizzo mio/a figlio/a ad uscire dalla sede scolastica, accompagnato dagli educatori, per svolgere le attività programmate.

Uscita a conclusione delle attività

Autorizzo le seguenti persone a ritirare mio/a figlio/a:

Data

Firma