



SERVIZI EXTRASCOLASTICI ASSOCIAZIONE SENZA IL BANCO

DOMANDA DI ISCRIZIONE ASSISTENZA AL PASTO E ASSISTENZA AI COMPITI SCUOLA SECONDARIA P.MATTEUCCI presso la Sala Arancio – Borgo Servizi via San Donato 74/11-12

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (____) il _____

Residente in _____ (____), via/piazza _____ n° ____ cap _____

Telefono fisso _____ cellulare _____ e-mail _____

genitore di _____, classe _____

nato/a a _____ il _____

CHIEDO L'ISCRIZIONE DEL MINORE AI SERVIZI EXTRASCOLASTICI GESTITI DA ASSOCIAZIONE SENZA IL BANCO COME DI SEGUITO INDICATO

<input type="checkbox"/> ASSISTENZA AL PASTO h. 14:00/15.00 *il servizio viene attivato con un minimo di 15 iscritti				
<input type="checkbox"/> lunedì	<input type="checkbox"/> martedì	<input type="checkbox"/> mercoledì	<input type="checkbox"/> giovedì	<input type="checkbox"/> venerdì

<input type="checkbox"/> ASS. AI COMPITI h. 15.00/16:30 *il servizio viene attivato con un minimo di 15 iscritti				
<input type="checkbox"/> lunedì	<input type="checkbox"/> martedì	<input type="checkbox"/> mercoledì	<input type="checkbox"/> giovedì	<input type="checkbox"/> venerdì

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

COSTI E PAGAMENTO

Il servizio di assistenza al pasto ha un costo di € 45,00 annuali per ciascun giorno settimanale indicato (non comprensivo del pasto*)

Il servizio di assistenza ai compiti ha un costo di € 130,00 annuali per ciascun giorno settimanale indicato.

Il servizio di assistenza al pasto + assistenza ai compiti ha un costo di € 165,00 annuali per ciascun giorno settimanale indicato (non comprensivo del pasto*)

* costo del pasto annuali per una giornata 155,40 euro. [In caso di assenza, se comunicato entro le 9:30 del mattino, il costo del pasto verrà rimborsato a Maggio].

SCONTISTICA

Verrà applicato uno sconto al costo del servizio di assistenza al pasto e servizio di ass.pasto + compiti

- 5% per coloro che si iscrivono a 3 giorni a settimana
- 8% per coloro che si iscrivono a 4 giorni a settimana
- 10% per coloro che si iscrivono a 5 giorni a settimana

Le famiglie saranno avvisate per conferma di attivazione del servizio, al raggiungimento del numero minimo di iscritti.

Il pagamento può essere effettuato, **dopo conferma di attivazione del servizio**, mediante unico versamento o tramite suddivisione della quota in due rate equivalenti al totale della cifra dovuta [RATA 1 entro il 4 Novembre 2019, RATA 2 entro il 14 Febbraio 2020].

I pagamenti devono essere effettuati tramite bonifico bancario intestato ad Associazione Senza il Banco, indicando nella causale **“nome del partecipante, servizio richiesto, scuola, A.S. 2019-2020, se unico versamento, rata 1 o rata 2.**

IBAN IT 32B031270240000000003888.

A pagamento effettuato, è necessario **inviarne ricevuta** all'indirizzo mail granarolo@senzailbanco.it

NOTE

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 avere diritto alla riduzione con decorrenza dal mese successivo.

AUTORIZZAZIONE ALLE USCITE

Io sottoscritto/a _____ genitore/tutore di _____
autorizzo il minore a uscire dalla sede scolastica accompagnato dagli educatori, per svolgere le attività programmate.

Autorizzo inoltre le seguenti persone a ritirare il minore al termine del servizio se non autorizzato all'uscita autonoma o per uscite anticipate (indicare nome, cognome e parentela)

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

ALLERGIE/ASSUNZIONE MEDICINALI/DIETE

Io sottoscritto/a _____ vi informo che il minore _____

Risulta allergico/a ai seguenti alimenti _____

Segue una dieta per motivi religiosi _____

Segue una dieta medica (certificata dal medico scolastico) _____

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

*Autorizzo Associazione *Senza il Banco* a somministrare i farmaci indicati nelle modalità sopra descritte e la assolve da ogni responsabilità.

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

LIBERATORIA ALL'USO DI IMMAGINI

Io sottoscritto/a _____ genitore/tutore di _____

autorizzo autorizzo senza ripresa del volto non autorizzo

a titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli artt.10 e 320 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633 (legge sul diritto d'autore), Associazione SENZA IL BANCO alle riprese video e/o fotografiche dell'immagine e dell'intervento del minore, nonché agli utilizzi delle stesse, o parte di esse, per la realizzazione di DOCUMENTAZIONI VIDEO O FOTOGRAFICHE e loro futuri modifiche o estratti, nonché a scopo promozionale e divulgativo di Associazione SENZA IL BANCO, sui supporti e nei canali di pubblicazione, distribuzione e messa in onda che saranno ritenuti da Associazione SENZA IL BANCO più idonei alla presentazione delle documentazioni. Ne vietiamo altresì l'uso in contesti che pregiudichino la dignità personale e il decoro del minore, in nessun caso potendoCi rivalere su Associazione SENZA IL BANCO, o altre realtà/professionisti incaricati ad effettuare le riprese video/fotografiche, per il risarcimento di danni morali e materiali causati da soggetti terzi o derivati da utilizzi non previsti nella presente Liberatoria.

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

RICHIESTA ISCRIZIONE NEWSLETTER

voglio non voglio sono già iscritto/a

essere iscritto/a alla newsletter di Associazione SENZA IL BANCO, per ricevere tramite mail: notizie, approfondimenti, aggiornamenti o informazioni inerenti le attività, anche commerciali, promosse da Associazione SENZA IL BANCO.

NOME, COGNOME _____ INDIRIZZO MAIL _____

DATA, LUOGO _____ FIRMA _____

AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI

Autorizzo il trattamento dei miei dati e di quelli del minore,

Con presa visione e consenso dell'Informativa, [Disponibile sul sito di Senza il Banco](http://www.senzailbanco.it)

(<http://www.senzailbanco.it/wp-content/uploads/2019/07/trattamento-dati-servizi-extrascolastici-Senza-il-Banco.docx.pdf>), ai sensi del D.Lgs. 101/2018 - Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla libera circolazione di tali dati

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)