![Immagine che contiene testo, Carattere, Elementi grafici, logo

Descrizione generata automaticamente]()

**Modulo di iscrizione:**

**LABORATORI TEMPO INTEGRATO\_ San Giorgio Bigarello**

## Il sottoscritto (genitore) del/la bambino/a nato/a a il codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ che frequenta la scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe residente a in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## tel/cell di riferimento \_\_\_

## mail \_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## **Dichiara** che il minore:

## è in possesso di una certificazione di disabilità: no [ ]; sì [ ] con la seguente diagnosi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## ha allergie e/o intolleranze: no [ ]; sì [ ] specificare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## segue una dieta speciale per motivazioni etico-religiose: no [ ]; sì [ ] specificare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## necessita di un farmaco salva vita durante il servizio: no [ ]; sì [ ] \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## **Autorizza** le seguenti persone maggiorenni, allegando documento di identità, a ritirare il minore nell’orario di uscita dal servizio:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome e cognome | Grado di relazione *(es. nonno, zio, amico…)* | Telefono |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Dichiara** di volere iscrivere il proprio figlio/a ai **LABORATORI TEMPO INTEGRATO** organizzati dalle Coop. Sociali Minerva e Alce Nero con i seguenti turni e modalità:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **LABORATORI TEMPO INTEGRATO** | **LABORATORI TEMPO INTEGRATO** |
|  | **Tempo pieno** | **Tempo parziale** |
| COSTO | [ ] 80€ | [ ] 40€ |

### NB: SEGNARE CON UNA CROCETTA IL TURNO PRESCELTO

Le **quote** di iscrizione relative ai turni prescelti sono da **pagare anticipatamente ENTRO IL 07/04/2024**, mediante **BONIFICO BANCARIO intestato** a Cooperativa Minerva che svolgerà il servizio:

|  |
| --- |
| **LABORATORI TEMPO INTEGRATO** |
| Cooperativa Minerva |
| **IBAN**: **IT 22 Q 05696 5801 0000002272X21** |

**CAUSALE DA INDICARE:** Laboratori tempo integrato - Nome Cognome Bambino/a

(esempio: «Lab. Tempo Integrato - Mario Rossi»)

### Il presente MODULO, debitamente compilato e firmato, va inviato via mail all’indirizzo: [info@cooperativaminerva.com](mailto:info@cooperativaminerva.com) insieme alla COPIA DEL PAGAMENTO EFFETTUATO.

A ricezione del modulo compilato e firmato e della ricevuta di pagamento verrà inviata **mail di conferma**.

**Informativa ai sensi art. 13 Regolamento UE 2016/679 (Regolamento Generale sulla protezione dei dati)**

La informiamo che i dati raccolti saranno trattati ai sensi della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali. Il titolare del trattamento dei dati è **Cooperativa Sociale Minerva Onlus**, nella persona del legale rappresentante pro tempore, con sede legale in **Strada Pasine 48, 46029 Suzzara (mn)** che lei potrà contattare ai seguenti riferimenti: Telefono: 0376/509547 Indirizzo mail: [direzione@cooperativaminerva.com.](mailto:direzione@cooperativaminerva.com) I dati personali conferiti con la presente dichiarazione vengono trattati per le seguenti finalità: fornire un servizio socio, educativo, assistenziale ai minori ed alle famiglie che usufruiscono del servizio. I dati saranno trattati in modo lecito secondo correttezza mediante strumenti informatici e digitali e con ogni mezzo messo a disposizione della tecnica e dell’evoluzione tecnologica.

Ai sensi dell’art. 13, co.2, lett.e), La informiamo che il conferimento dei suoi dati personali è obbligatorio per il perseguimento delle finalità di cui sopra; pertanto, l’eventuale rifiuto di fornire tali Dati impedirà la partecipazione allo svolgimento delle attività proposte da COOPERATIVA SOCIALE MINERVA ONLUS. I dati saranno conservati per il tempo necessario a perseguire le finalità indicate e nel rispetto degli obblighi di legge correlati. Potrà far valere i suoi diritti di accesso, rettifica, cancellazione e limitazione al trattamento nei casi previsti dalla normativa vigente e ha diritto di proporre reclamo all’Autorità Garante per la Privacy qualora ne ravvisi la necessità.

## Luogo e data, FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_