

SERVIZIO DI DI POST-SCUOLA A.S. 2017 -2018 – SCUOLA D'INFANZIA

Il richiedente

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ via _____ n. _____

CAP _____ Prov _____ Codice Fiscale _____

Tel. Casa _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI POST-SCUOLA (con numero minimo di 6 iscritti)
(vigilanza per 1 ora dopo il termine dell'orario scolastico pomeridiano)

- lunedì
- martedì
- mercoledì
- giovedì
- venerdì

per il/la bambino/a partecipante

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in via _____ n. _____

a _____ CAP _____ Prov _____

Codice fiscale _____

nell'A.S. 2017/2018 frequenterà la Scuola d'Infanzia di Vigarano Mainarda cl. _____ sez. _____

- Si impegna a versare la quota dovuta, nei modi e tempi stabiliti dall'Amministrazione Comunale, indipendentemente dal periodo di frequenza e a comunicare per iscritto eventuali rinunce al servizio.
- Esonera gli enti organizzatori da qualunque responsabilità, in relazione a danni a persone o a cose che dovessero essere provocati dal/la minore.

Firma del richiedente _____

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196 del 30.06.2003

I dati forniti da chi presenta richiesta di iscrizione ai servizi integrativi saranno trattati con criteri e sistemi a norma di legge, con misure idonee a garantirne la loro riservatezza e la sicurezza, nel rispetto della normativa sopra richiamata e potranno essere comunicati a terzi allo stesso fine. Il consenso al trattamento dei dati personali viene fornito con l'iscrizione. Costituisce diritto del richiedente, opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati, chiederne l'aggiornamento, la rettifica e la cancellazione e decidere quali dati lasciare nella disponibilità dell'Amministrazione Comunale e quali informazioni ricevere.

In conseguenza di quanto sopra scritto, all'atto della presente richiesta d'iscrizione, dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003.

- Acconsento
- Non acconsento

Firma del richiedente _____

CONSEGNA DELLA DOMANDA ENTRO VENERDI' 16 GIUGNO 2017

all'Ufficio Scuola presso Biblioteca Comunale, via Marconi, 91, Vigarano Mainarda

Orari: Mar. - Mer. - Gio. 9.00-12.00 / Mar. - Gio. 14.30-17.30

invio con e-mail a alessandra.bassi@comune.vigarano.fe.it

NOTA BENE: Chi non presenterà la richiesta verrà considerato non interessato al servizio.