



COMUNE DI MOZZECANE

Provincia di Verona
Via C.B. Brenzoni n. 26 – 37060 Mozzecane
CF/PI 00354500233

DOMANDA DI ISCRIZIONE Servizi Educativi Scolastici Integrativi (a.s. 2017/2018)

Il sottoscritto _____ (C.F. _____) in qualità di PADRE MADRE TUTORE 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 Servizi Educativi Scolastici Integrativi,

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
- 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 2017-2018 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 _____	

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

NOME E COGNOME	PARENTELA	TELEFONO

ATTENZIONE: NON È POSSIBILE AUTORIZZARE IL MINORE ALL'USCITA SENZA LA PRESENZA DI UN ADULTO

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 del “Regolamento dei Servizi Educativi Scolastici Integrativi” e di accettarlo in ogni sua parte
- di essere a conoscenza del fatto che, ai sensi dell’articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 i dati inseriti verranno memorizzati su supporto elettronico e conservati solo per l’erogazione del servizio. Non verranno in nessun modo comunicati a terzi. In qualsiasi momento potrò richiederne la cancellazione o la modifica contattando il Comune di Mozzecane. Con la firma le 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 “Tienimi informato” per ogni eventuale comunicazione relativa a questa o ad altre iniziative.

OGNI versamento **DEVE ESSERE** effettuato tramite bonifico bancario sul conto corrente intestato al Comune di Mozzecane Servizio di Tesoreria IBAN **IT63Q0503459590000000055000** (*Banco BPM, Agenzia di Mozzecane*), specificando come causale: “*nome e cognome del bambino - tipologia servizio richiesto*”.

DOCUMENTI ALLEGATI

- Copia documento di identità in corso di validità di chi firma il presente modulo
- Copia documento di identità in corso di validità di tutti i soggetti delegati
- Ricevuta effettuato pagamento **ACCONTO**
- Certificati medici comprovanti patologie rilevanti, allergie e intolleranze
- Elenco farmaci salvavita da somministrare (*con certificato medico*)
- Altro (*specificare*) _____

Data _____

FIRMA GENITORE COMPILATORE

FIRMA ALTRO GENITORE
