

Il/La sottoscritto/a _____ padre madre tutore
(Codice Fiscale _____) in relazione alla domanda di iscrizione
al Servizio sperimentale "Doposcuola Medie" del/della proprio/a figlio/a,
consapevole delle sanzioni previste dall'artt. 46-47 del D.P.R. 28/12/2000 n.
445 in caso di dichiarazioni false e mendaci, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA CHE

- I dati anagrafici del minore per il quale si chiede l'iscrizione sono i seguenti:

Cognome e nome _____ M F

Codice Fiscale _____ Cittadinanza _____

nato/a _____ Prov. _____ Stato _____ il ___/___/___

residente a _____ in via _____ n _____

cellulare padre _____ e-mail _____

cellulare madre _____ e-mail _____

altri recapiti utili _____

- Sono autorizzate a prelevare il minore al termine dell'attività del
Doposcuola Medie (ore 16.00) solamente le seguenti persone maggioenni:

Nome e Cognome	parentela	tel.
----------------	-----------	------

Nome e Cognome	parentela	tel.
----------------	-----------	------

- Sono consapevole che il Servizio di "Doposcuola Medie", per quanto riguarda l'orario di arrivo del minore presso la sede del servizio, è ad accesso libero con responsabilità a carico della famiglia e che gli educatori della Cooperativa prenderanno in carico la responsabilità del minore solo al momento del suo arrivo a scuola (Scuola Primaria);
- Nel caso di richiesta del trasporto, sono consapevole che il tragitto Scuola Secondaria/Scuola Primaria a cura della Cooperativa, a piedi o con automezzo, avverrà solo alle ore 13.00;
- Nel caso di richiesta del servizio mensa, rendo noto che il minore presenta le seguenti difficoltà alimentari (intolleranze, allergie, diete particolari):

- Si fa, inoltre, presente che il minore soffre delle seguenti patologie che necessitano di cure mediche di cui si dovrà tener conto nello svolgimento del servizio:

DOCUMENTI ALLEGATI

- Copia documento di identità in corso di validità di chi firma il modulo,
- Ricevuta di pagamento della cauzione di € 150,00;
- Certificati medici comprovanti patologie rilevanti, allergie e intolleranze,
- Elenco farmaci salvavita da somministrare (con certificato medico),
- Altro: _____.

MODALITA' DI PAGAMENTO della Cauzione di € 150,00

I pagamenti dovranno essere effettuati **ESCLUSIVAMENTE** tramite bonifico bancario sul conto corrente - Codice IBAN: IT 95 F 02008 11717 000005353154 (Unicredit Banca, agenzia di Corso Milano, Verona) - della Cooperativa Sociale CERCATE di Verona, specificando come causale: **"CAUZIONE Doposcuola Medie Mozzecane cognome e nome bambino 2014/2015"**.

Per questioni di trasparenza e tracciabilità dei flussi finanziari previsti dalla normativa Antimafia non si accettano contanti.

Tale somma verrà restituita **SOLO** in caso di mancato avvio del servizio.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia dell'Informativa sul trattamento dei dati personali (Privacy), ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, ritirandone copia presso gli Uffici del Settore Servizi alla Persona o scaricandolo dal sito internet <http://serviziallapersona.comunemozzecane.it>.

Autorizzo la Cooperativa a trasmettere i miei dati al Comune di Mozzecane che patrocina l'iniziativa, affinché vengano inseriti nel servizio gratuito comunale d'informazione "*Tienimi informato*" per ogni eventuale comunicazione relativa a questa o ad altre iniziative. Per ogni informazione relativa alla tutela della Privacy, è possibile rivolgersi agli uffici del settore Servizi alla Persona.

Mozzecane, (data) _____

Firma
