



Domanda di Iscrizione

Musicanto... i colori della voce

ANNO SCOLASTICO 2014-2015

Il sottoscritto _____ (Cod.Fiscale _____) in qualità di ☐ padre ☐ madre ☐ tutore del minore sotto indicato, 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, e dopo aver preso visione del progetto "Musicanto... i colori della voce"

CHIEDE per il proprio figlio l'iscrizione al progetto e a tal fine **DICHIARA** quanto segue:

DATI ANAGRAFICI DEL MINORE (PER IL QUALE SI CHIEDE L'ISCRIZIONE)

COGNOME/NOME _____ ☐ M ☐ F
CODICE FISCALE _____ CITTADINANZA _____
NATO A _____ PROVINCIA _____ STATO _____ IL _____
RESIDENTE A _____ IN VIA _____
CELLULARE PADRE _____ E-MAIL _____
CELLULARE MADRE _____ E-MAIL _____
ALTRI RECAPITI TELEFONICI UTILI _____

CENTRO EDUCATIVO

- ☐ che il proprio figlio **è già iscritto** al Servizio di Centro Educativo e che, pertanto, la responsabilità del minore sarà affidata agli operatori del progetto "Musicanto" dalle ore 14.00 alle ore 16.00.
- ☐ che il proprio figlio **non è iscritto** al Servizio di Centro Educativo

DELEGHE PER USCITE

- ☐ che il minore al termine dell'attività in oggetto (ore 16.00), essendo iscritto al Servizio di Centro Educativo, ritornerà sotto la responsabilità degli educatori della Cooperativa "Cercate" fino alle ore 17.00.
- ☐ che sono autorizzate a prelevare il minore al termine delle attività (ore 16.00), oltre ai genitori, anche le seguenti persone maggioresnni:

Nome e Cognome	parentela	tel.
Nome e Cognome	parentela	Tel.
Nome e Cognome	parentela	Tel.

PATOLOGIE MEDICHE

che il/la bambino/a soffre delle seguenti patologie che necessitano di cure mediche di cui si dovrà tener conto nello svolgimento dell'attività:

AUTORIZZAZIONE PRIVACY

Dichiaro 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 la Cooperativa Sociale Cercate e/o il Comune di Mozzecane. Con la firma le presente modulo autorizzo, pertanto, al trattamento dei miei dati personali per gli scopi sopra indicati.

AUTORIZZAZIONE SERVIZIO TIENIMI INFORMATO

☐ Autorizzo ☐ Non Autorizzo che i miei dati vengano inseriti nel servizio gratuito comunale d'informazione "*Tienimi informato*" per ogni eventuale comunicazione relativa a questa o ad altre iniziative.

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 di pagamento dell'iscrizione
- ☐ Certificati medici comprovanti patologie rilevanti connesse, direttamente o indirettamente, all'attività
- ☐ Elenco farmaci salvavita da somministrare (con certificato medico)

Data _____

Firma
