

**Modulo di iscrizione: RIAPERTURA STRAORDIANRIA**

**CRED CALEIDOSCOPIO\_**

**1° LUGLIO-14 AGOSTO**

**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, munite di 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 al **CRED CALEIDOSCOPIO** organizzato dalle Coop. Sociali Minerva e Alce Nero con i seguenti turni e modalità:

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CRED CALEIDOSCOPIO INFANZIA** |
|  | **Residenti** | **Non residenti** |
| **6° TURNO –** 5 agosto/9 agosto | [ ] 76.00€FULL TIME | [ ] 60.60€PART TIME(CON PASTO) | [ ] 92.50€FULL TIME | [ ] 76.00€PART TIME(CON PASTO) |
| **7° TURNO –** 12 agosto/14 agosto | [ ] 45.00€FULL TIME | [ ] 36.00€PART TIME(CON PASTO) | [ ] 55.00€FULL TIME | [ ] 45.00€PART TIME(CON PASTO) |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CRED CALEIDOSCOPIO PRIMARIA** |
|  | **Residenti** | **Non residenti** |
| **6° TURNO –** 5 agosto/9 agosto | [ ] 76.00€FULL TIME | [ ] 60.60€PART TIME(CON PASTO) | [ ] 92.50€FULL TIME | [ ] 76.00€PART TIME(CON PASTO) |
| **7° TURNO –** 12 agosto/14 agosto | [ ] 45.00€FULL TIME | [ ] 36.00€PART TIME(CON PASTO) | [ ] 55.00€FULL TIME | [ ] 45.00€PART TIME(CON PASTO) |

### NB: SEGNARE CON UNA CROCETTA I/IL TURNI/O PRESCELTI/O

Le **quote** di iscrizione relative ai turni prescelti sono da pagare,sommando il totale dei turni, mediante **BONIFICO BANCARIO intestato** alla Cooperativa che svolgerà il servizio:

|  |  |
| --- | --- |
| **CRED CALEIDOSCOPIO INFANZIA** | **CRED CALEIDOSCOPIO PRIMARIA** |
| Cooperativa Minerva | Cooperativa Alce Nero |
| **IBAN**: **IT 22 Q 05696 5801 0000002272X21** | **IBAN**: **IT 22 Q 05696 5801 0000002272X21** |

**CAUSALE DA INDICARE:** Cred infanzia o primaria - N° turno/i scelto/i - Nome Cognome Bambino/a

(esempio: «Cred Primaria – 1° e 2° turno - Mario Rossi»

### Il presente MODULO, debitamente compilato e firmato, va inviato via mail all’indirizzo: credsangiorgiobigarello@gmail.com insieme alla COPIA DEL PAGAMENTO EFFETTUATO.

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

Le iscrizioni verranno accolte in base dell’**ordine di arrivo (con priorità ai residenti)** e saranno valide solo a pagamento effettuato.

**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. 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