

MODULO ISCRIZIONE

(da consegnare presso i comuni)

Laboratorio della Speranza

CAMPUS ESTIUO 2017

Dati del genitore/tutore

Il sottoscritto genitore/tutore _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Recapito telefonico _____

E-mail _____

Chiede l'iscrizione del proprio figlio/a al **Campus Estivo 2017**

Segnare una o più caselle con una croce. Si possono scegliere più periodi.

FOLIGNANO			
Periodi	Pasto		
<input type="checkbox"/> Dal 07/08 al 11/08	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dal 14/08 al 18/08	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dal 21/08 al 25/08	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	

Per tutti coloro che vorranno usufruire del pranzo, verrà fornito primo e secondo piatto. La partecipazione prevederà il contributo di 30 euro a settimana per coloro che vorranno usufruire del pasto, comprensive della quota di 5 euro di solidarietà per sostenere i progetti del Laboratorio della Speranza per i ragazzi dei comuni colpiti dal sisma. Per coloro che invece non vorranno usufruire del pasto, il contributo sarà soltanto di 5 euro a settimana.

Per quanto riguarda il pagamento: è possibile versare in contante ai responsabili di ogni comune, oppure (preferibilmente) tramite bonifico bancario all'IBAN: IT86 M030 6913 5061 0000 0005 059 intestato a LABORATORIO della SPERANZA, causale: "NOME DEL RAGAZZO – COMUNE".



Dati del ragazzo/a

Cognome _____ Nome _____ Età _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Eventuali allergie alimentari o esigenze particolari _____

Firma genitore

NUMERO SETTIMANE CON PASTO _____

NUMERO SETTIMANE SENZA PASTO _____

TOTALE DA PAGARE: € _____

Contante

Bonifico

Informativa Privacy

Concedo l'autorizzazione alla pubblicazione di materiale fotografico del suddetto/a minorenne nell'ambito di attività inerenti progetti e/o manifestazioni anche di carattere didattico-educativo collegate all'esecuzione delle attività previste nel presente modulo di iscrizione. Prendo atto della eventuale possibile registrazione nei motori di ricerca e della possibilità che il nome e l'immagine del/della minorenne venga pubblicizzato via web, stampa e qualsiasi altra modalità.

Autorizzo la pubblicazione dei dati personali nella forma in cui sono esposti che accetto come conformi alle esigenze di privacy.

Autorizzo, secondo le esigenze tecniche, eventuali modifiche delle immagini fornite e ne fornisco il pieno consenso alla pubblicazione.

Attraverso questa istanza liberatoria il Laboratorio della Speranza viene svincolato da ogni responsabilità diretta o indiretta inerente i danni al mio patrimonio od alla immagine del/della/ mio/a tutelato/a.

Il sottoscritto, sia in proprio che nella qualità come sopra, confermano di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra concesso.

La presente autorizzazione non consente l'uso dell'immagine in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del minore e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati.

Lì _____
Firma genitore

Dichiaro ai sensi e per gli effetti di cui al D.Lgs 196/03 e successive modificazioni ed integrazioni di essere stato informato che i dati personali di mio/a figlio/a minorenne verranno utilizzati per le finalità inerenti alle attività previste nel presente modulo di iscrizione autorizzando fin d'ora il rispettivo trattamento.

Lì _____
Firma genitore