



Asilo Infantile Scuola Materna
Lozzo di Cadore

LOZZO ESTATE 2011

Io sottoscritto/a _____, GENITORE di

_____ Nato il _____ a _____

residente a _____ Via/P.za _____ N° _____ Tel. _____

altri numeri di riferimento _____

CHIEDO

che mio/a figlio/a frequenti il Centro Estivo 2011 nelle settimane (**barrare la/le casella/e**):

1° settimana 20 - 24 giugno

2° settimana 27 giu - 01 luglio

3° settimana 04 - 8 luglio

4° settimana 11 - 15 luglio

5° settimana 18 - 22 luglio

6° settimana 25 - 29 luglio

7° settimana 01 - 05 agosto

8° settimana 22 - 26 agosto*

*settimana da confermare in funzione del numero minimo degli iscritti.

(al costo di € 30,00 settimanali con un minimo di tre settimane anticipate. Vedere dettagli sul regolamento)

INOLTRE (Compilare con attenzione e barrare dove interessa):

- AUTORIZZO MIO/A FIGLIO/A A RECARSI A CASA DA SOLO/A AL TERMINE DELLE ATTIVITA'
- AUTORIZZO LE SEGUENTI PERSONE (oltre ai genitori) A PRENDERE IN CONSEGNA MIO/A FIGLIO/A AL TERMINE DELLE ATTIVITA':

cognome e nome parente/altro

.1 _____

.2 _____

VIA MARMAROLE N. 436 - 32040 LOZZO DI CADORE (BL) - CODICE FISCALE E PARTITA IVA 002 0725 025 9
(Eretto in Ente Morale con D.P.R. del 4 dicembre 1956 pubblicato nella G.U. n. 1546 del 24 gennaio 195e- mail

asilodillozzo@libero.it

telefono - fax 0435 76114



Asilo Infantile Scuola Materna
Lozzo di Cadore

LOZZO ESTATE 2011

3.

ALLEGO ALLA PRESENTE COPIA DELLA CARTA D'IDENTITA' DI CIASCUNA PERSONA DELEGATA.

• SEGNALO INOLTRE LE SEGUENTI INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O ALLERGIE, COME DA

FIRMA

Firma di autocertificazione (Leggi 15/1968, 127/1997, 131/1998, DPR 445/2000)

SI ALLEGA:

- 1) RICEVUTA DI PAGAMENTO,
- 2) Copia carte d'identità/documenti di riconoscimento di:

a) _____

b) _____

Nome Cognome.....

Il/La sottoscritto/a, genitore di....., acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003, in qualità di interessato :

1. do il consenso nego il consenso

all'intero trattamento dei dati personali per i fini riportati all'interno dell'informativa allegata alla presente

2. do il consenso nego il consenso

(in caso di trattamento di dati sensibili)

al trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa

Firma leggibile

VIA MARMAROLE N. 436 - 32040 **LOZZO DI CADORE** (BL) - CODICE FISCALE E PARTITA IVA 002 0725 025 9
(Eretto in Ente Morale con D.P.R. del 4 dicembre 1956 pubblicato nella G.U. n. 1546 del 24 gennaio 1956)

e- mail asilodillozzo@libero.it

telefono - fax 0435 76114