

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ISCRIZIONE SERVIZIO ACCOGLIENZA**

Spett.le

Cooperativa Sociale

“Le Chiavi di Casa”

Diagnosi e Intervento Clinico Psicopedagogico

Via Dante n 210

09128 Cagliari (Ca)

C.F. 02976470928

[info@lechiavidicasa.it](mailto:info@lechiavidicasa.it)

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_

Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Carta Identità n \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_ Via /Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n \_\_\_

Telefono madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ telefono padre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) \_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via /Piazza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_\_\_\_ Prov\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

che frequenterà nell’anno scolastico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ sez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

della scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di poter frequentare il Servizio Accoglienza offerto dalla “Cooperativa Sociale Le Chiavi di Casa”

quota assicurativa annuale Euro 70

|  |
| --- |
| * Accoglienza Prescolastica dalle ore 7.00 alle ore 8.30 Euro 70 (mensile) * Tariffa oraria Euro 10 * La quota mensile del servizio contempla un numero non inferiore ai 25 iscritti. * La quota mensile sarà pari a Euro 80, per un numero inferiore ai 25 iscritti |

**DICHIARA**

1. Di impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale e dei contributi associativi mensili entro il 5 di ogni mese a seconda dell’attività svolta, le tariffe di Maggio e Giugno dovranno essere versate in un’unica soluzione.
2. Attivato il servizio dovrà impegnarsi a versare le quote anche se si rinuncia al servizio richiesto.
3. Di essere a conoscenza che l’importo della tariffa da versare in unica rata è dovuto per intero anche in caso di fruizione parziale del servizio nel corso dell’anno scolastico.
4. Di essere a conoscenza che la tariffa non è riducibile o rimborsabile nel caso specifico di assenze scolastiche.
5. Di essere a conoscenza che l’accoglienza in concomitanza di riunioni sindacali sono ritenute attività extra.
6. Di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte della Cooperativa Sociale succitata, ai sensi dell’art.13 D. lgs n. 196/2003 e in relazione all’informativa fornita. In particolare si presta il consenso al trattamento dei dati personali per la realizzazione delle finalità della Cooperativa, nella misura necessaria all’adempimento di obblighi previsti dalla legge dalle norme statutarie.
7. Allega carta d’identità, codice fiscale del genitore e del figlio frequentante l’Istituto Scolastico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**COMUNICA**

Che in relazione al soggetto destinatario della ricevuta:

-La ricevuta deve essere intestata al/la sottoscritto/a

-La fattura deve essere intestata alla seguente persona diversa dal/la sottoscritto/a:

Cognome e Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

-che al termine del Servizio di accoglienza nessuna persona diversa dai genitori è autorizzata a prelevale il minore .

-saranno autorizzate (allegare documenti) a prelevare il minore le seguenti persone (maggiorenni) diverse dai genitori:

Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apponendo la firma in calce lei esprime il suo consenso al trattamento dei dati personali e chiede l’ammissione del proprio bambino al servizio sopra indicato.

Luogo e data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma leggibile\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si autorizza la fotografia e/o la ripresa del minore, effettuate ai soli fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività organizzate dalla Cooperativa Sociale:

* si
* no

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_