

## Iscrizione Attività estiva 2021

### Servizi prima infanzia Comune di Narni

I sottoscritti

<p><b>Madre</b> <i>(o chi ne fa le veci)</i></p> <p>Nome e Cognome _____</p> <p>C.F. _____</p> <p>e.mail _____</p> <p>cell. _____</p>	<p><b>Padre</b> <i>(o chi ne fa le veci)</i></p> <p>Nome e Cognome _____</p> <p>C.F. _____</p> <p>e.mail _____</p> <p>cell. _____</p>
---	---

residenti a ..... cap. .... in via .....

#### ISCRIVONO

IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

NOME E COGNOME DEL BAMBINO/A .....

NATO/A A ..... IL .....

CODICE FISCALE .....

### AL CENTRO RICREATIVO ESTIVO "Restart" c/o Nido d'infanzia "Il Grillo parlante" Narni Scalo

**A tal fine:**

Acconsentono/**Non** acconsentono (*cancellare la voce che non interessa*) a fare riprese filmate e/o fotografie durante le attività giornaliere, con la finalità di costituire un archivio fotografico da utilizzarsi esclusivamente per scopi connessi all'attività del servizio;

**informano** che il/la bambino/a non presenta allergie e/ intolleranze alimentari oppure è allergico/a o intollerante ai seguenti alimenti ..... e quindi deve osservare la seguente dieta speciale (allegare certificazione del medico specialista all'atto dell'iscrizione);

e) altre necessità da specificare .....

**l'orario e la modalità di frequenza saranno:**

<input type="checkbox"/> 12 luglio-16 luglio	<input type="checkbox"/> 7.30-13.30	<input type="checkbox"/> 7.30-16.30
<input type="checkbox"/> 19 luglio - 23 luglio	<input type="checkbox"/> 7.30-13.30	<input type="checkbox"/> 7.30-16.30
<input type="checkbox"/> 26 luglio - 30 luglio	<input type="checkbox"/> 7.30-13.30	<input type="checkbox"/> 7.30-16.30
<input type="checkbox"/> 2 Agosto- 6 Agosto	<input type="checkbox"/> 7.30-13.30	<input type="checkbox"/> 7.30-16.30
<input type="checkbox"/> 9 Agosto - 13 Agosto	<input type="checkbox"/> 7.30-13.30	<input type="checkbox"/> 7.30-16.30
<input type="checkbox"/> 16 Agosto- 20 Agosto	<input type="checkbox"/> 7.30-13.30	<input type="checkbox"/> 7.30-16.30

Il pagamento entro il **10 del mese successivo** della retta di frequenza tramite bonifico bancario intestato alla: COOPERATIVA SOCIALE CIPSS, **Codice IBAN: IT14F0306909606100000070968 CAUSALE retta attività estiva (indicando il mese/settimana) Centro estivo "Restart- 0-6"**

Data .....

**FIRMA DELLA MADRE** (o di chi ne fa le veci)

**FIRMA DEL PADRE** (o di chi ne fa le veci)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ai sensi del D.lgs. 196/03 e del GDPR (Regolamento UE 2016/679) autorizzano, inoltre, la cooperativa Cipss al trattamento dei dati personali riportati nella presente domanda, nonché di ogni altra informazione socio economica e sanitaria finalizzata al presente procedimento ed indispensabili all'iscrizione e frequenza al servizio.

I dati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo ed il loro trattamento sarà realizzato da personale della cooperativa e dell'ASL (per competenza sanitaria), anche con l'ausilio di mezzi elettronici.

Data .....

**FIRMA DELLA MADRE** (o di chi ne fa le veci)

**FIRMA DEL PADRE** (o di chi ne fa le veci)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ATTO DI DELEGA

(All'uscita dall'Asilo Nido, i/le bambini/e saranno affidati/e esclusivamente ai genitori o ad adulti da questi designati per iscritto e presentati al personale; ogni modifica, anche temporanea, delle persone deve essere preventivamente comunicata per iscritto al servizio. Oltre agli adulti designati, i/le bambini/e possono essere affidati/e in casi eccezionali, previa comunicazione dei genitori al servizio, ad adulti da questi delegati per la singola occasione, muniti di documento di riconoscimento in corso di validità).

I sottoscritti.....  
genitori di .....

### DELEGANO

(la delega corredata da fotocopia del documento di identità personale si intende valida sino ad esplicita revoca scritta e va rinnovata per ogni anno scolastico di frequenza)

Il/La Sig/ra	Documento identità	Firma

a prendere in consegna il proprio/a figlio/a al termine della giornata.

### DICHIARANO

di sollevare da qualsiasi responsabilità il personale della Cooperativa incaricato del servizio educativo.

### E PRENDONO ATTO

che la responsabilità del personale della Cooperativa stessa cessa dal momento in cui il/la bambino/a viene affidato/a alla persona delegata.

Data .....

**FIRMA DELLA MADRE** (o di chi ne fa le veci)

**FIRMA DEL PADRE** (o di chi ne fa le veci)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_