



Comune di SOVERE

Provincia di BERGAMO

UFFICIO SEGRETERIA

Tel. 035 981107

piazza G. Marconi 6 CAP 24060

Fax 035 981762

e-mail

info@comune.sovere.bg.it

Al Comune di Sovere

Ufficio Segreteria

MODULO DI ISCRIZIONE AL MINI CRE SOVERE 2017

Dati anagrafici del genitore/tutore

Il sottoscritto _____
nato a _____ in data _____
residente in _____ CAP _____ via _____ n. _____
Codice Fiscale _____
Telefono ab. _____ cell. _____ e-mail _____

Dati anagrafici del minore

Cognome Nome _____
nato a _____ in data _____
Codice Fiscale _____
medico curante _____ telefono _____
allergie o diete particolari (*allegare certificazione medica*) _____

CHIEDE

Di iscrivere al "MINI CRE" per il seguente periodo:

- Intero periodo a tempo pieno** 7:30 - 17:30 periodo dal 03/07/2017 al 28/07/2017 (tariffa 260,00 €)
- Intero periodo a tempo part-time** 7:30 - 13:00 periodo dal 03/07/2017 al 28/07/2017 (tariffa 220,00 €)
- 3 SETTIMANE a tempo pieno** 7:30 - 17:30 periodo dal _____ al _____ (tariffa 200,00 €)
- 3 SETTIMANE a tempo part-time** 7:30 - 13:00 periodo dal _____ al _____ (tariffa 165,00 €)
- 2 SETTIMANE a tempo-pieno** 7:30 - 17:30 periodo dal _____ al _____ (tariffa 140,00 €)
- 2 SETTIMANE a part-time** 7:30 - 13:00 periodo dal _____ al _____ (tariffa 110,00 €)

Il pagamento dovrà avvenire al momento dell'iscrizione.

Per i non residenti la tariffa si intende maggiorata di € 10,00 per ogni settimana.

DICHIARA

Di dare il consenso al trattamento dei dati richiesti nella presente scheda relativi alla situazione sanitaria del minore, nell'ambito delle finalità e con le modalità indicate nel progetto educativo di gestione del MINI CRE.

Di aver preso visione e di accettare in toto la proposta di gestione del Mini CRE.

Sovere, il _____

Firma del Genitore o del Tutore
