**MODULO DI ISCRIZIONE AL MINI CRE SOVERE**

**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 intero periodo - dal 2 al 27 luglio (tariffa 260,00 €)
* **Intero periodo** a **tempo** **part-time** 7:30 - 13:00 intero periodo - dal 2 al 27 luglio (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 €)

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

**Il pagamento dovrà avvenire al momento dell’iscrizione** presso l’ufficio Segreteria del Comune di Sovere tramite Bancomat o carta di credito, **oppure** esibendo copia, all’atto dell’iscrizione:

* della ricevuta della Tesoreria Comunale “UBI Banca spa - filiale di Sovere” via Roma, 36
* del bonifico bancario da effettuare su IBAN IT 30 G 03111 53550 000000014206 con causale “MINICRE nome\_cognome”

**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** |
|  |  |  |  |