COOPERATIVA SOCIALE SEBINA
SOCIETA' COOPERATIVA A R.L.- ONLUS
Con il patrocinio del Comune di SOVERE

UFFICIO COOPERATIVA SOCIALE SEBINA TEL 035.983397 VIA ROCCA,9 ,24063 CASTRO (BG)
e-mail : servizi.infanzia@cooperativasebina.it

MODULO D' ISCRIZIONE AL MINICRE SOVERE 2020

(da riconsegnare entro il 18 giugno 2020 in busta chiusa nella cassetta postale degli uffici di Cooperativa Sociale Sebina o tramite e-mail al seguente indirizzo: servizi.infanzia@cooperativasebina.it

Dati anagrafici dei genitori/tutore

Il sottoscritto _____

nato a _____ nazione _____ in data _____

residente a _____ CAP _____ via _____ n° _____

Codice Fiscale |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ |__ | Tel/cell_____

Dati anagrafici del minore

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ nazione _____ in data _____ Età anagrafica _____

medico curante _____ telefono del medico _____

allergie o diete particolari *(allegare certificazione medica)* _____
_____

CHIEDE

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

- ☐ **Intero periodo** a **tempo pieno** 8:00 – 16:00 periodo dal 29/06/2020 al 31/07/2020 (tariffa 750,00 €)
- ☐ **Intero periodo** a **tempo part-time** 8:00 – 13:00 periodo dal 29/06/2020 al 31/07/2020 (tariffa 600,00 €)

- ☐ **4 SETTIMANE a tempo pieno** 8:00-16:00 periodo dal _____ al _____ (tariffa 600,00 €)
- ☐ **4 SETTIMANE a tempo part-time** 8:00-13.00 periodo dal _____ al_____(tariffa 480,00 €)

- ☐ **3 SETTIMANE** a **tempo pieno** 8:00 – 16:00 periodo dal _____ al _____ (tariffa 450 ,00 €)
- ☐ **3 SETTIMANE** a **tempo part-time** 8:00 – 13:00 periodo dal _____ al _____ (tariffa 360 ,00 €)

- ☐ **2 SETTIMANE** a **tempo-pieno** 8:00 – 16:00 periodo dal _____ al _____ (tariffa 300,00 €)
- ☐ **2 SETTIMANE** a **part time** 8:00 -13:00 periodo dal _____ al _____ (tariffa 240,00 €)

E' necessario che le settimane di frequenza siano continuative.
L'importo non verrà rimborsato in caso di mancata frequenza del servizio da parte del bambino iscritto.
Il pagamento dovrà essere fatto tramite bonifico bancario da effettuare su IBAN IT81 U031 1153 1700 0000 0025924 con causale "MINI CRE 0-5 ANNI nome___cognome del bambino ".
La copia del pagamento è da consegnare tramite e- mail all'indirizzo : servizi.infanzia@cooperativasebina.it o in busta chiusa nella cassetta postale degli uffici di Cooperativa Sebina siti in Via Rocca 9, Castro(BG).
IL PAGAMENTO DOVRA' AVVENIRE SOLO ED ESCLUSIVAMENTE DOPO AVER RICEVUTO CONFERMA DAL RESPONSABILE DEL SERVIZIO CIRCA L'EFFETTIVA ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO MINI-CRE .
Il progetto è a numero chiuso e prevede l'attivazione con un numero minimo di 10 bambini e un massimo di 25.
Per qualsiasi informazione e chiarimenti scrivere a : servizi.infanzia@cooperativasebina.it o chiamare il 346 6828287 dalle ore 9.00 alle ore 11.00

DICHIARA

Di dare il consenso ai trattamenti 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 MINICRE.
Di aver preso visione e di accettare in toto la proposta di gestione del MINICRE.

Sovere, il _____ **firma del genitore o del tutore** _____