



**MODULO DI ISCRIZIONE SERVIZIO SORVEGLIANZA E ASSISTENZA MENSA  
SCUOLA PRIMARIA ISTITUTO COMPRENSIVO DI DUEVILLE  
ANNO SCOLASTICO 2018-2019**

Il/la sottoscritto/a COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_ tel. casa \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

altri riferimenti telefonici (almeno 2) da contattare in caso di emergenza:

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ PARENTELA (nonna...) \_\_\_\_\_ Tel. 1: \_\_\_\_\_  
NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ PARENTELA (nonna...) \_\_\_\_\_ Tel. 2: \_\_\_\_\_  
NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ PARENTELA (nonna...) \_\_\_\_\_ Tel. 3: \_\_\_\_\_

**genitore di**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ frequentante la scuola primaria  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ del  
Comune di Dueville nell'anno scolastico 2018/19

**richiede l'iscrizione**

del proprio figlio al servizio di SORVEGLIANZA E ASSISTENZA MENSA per L'A.S. 2018/2019 nel plesso:

- "Don Milani" (Dueville)  
 "Don Bosco" (Povolaro)  "G. Pascoli" (Vivaro)

Si impegna a versare alla Cooperativa Margherita Soc. Coop. Sociale di Sandrigo la seguente **retta di frequenza ANNUALE**:

Tipo di adesione	Costo
1 giorno a settimana	€ 48,50 IVA inclusa

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_



## MODULO DELLE AUTORIZZAZIONI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore di \_\_\_\_\_

### DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dichiaro che mio/a figlio/a

- non presenta problematiche di salute  
 presenta le seguenti problematiche di salute (allergie ed intolleranze alimentari, ecc.):

\_\_\_\_\_

che richiedono i seguenti accorgimenti:

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 13 del Codice della Privacy D.Lgs 196/2003, presta il proprio consenso per il trattamento da parte dei soggetti appartenenti alla Cooperativa incaricata della gestione del servizio di **SORVEGLIANZA E ASSISTENZA MENSA** dei dati personali e/o sensibili la cui conoscenza è necessaria per lo svolgimento delle attività e per la tutela della salute e dell'incolumità del proprio figlio.

Inoltre, autorizza la proiezione e la pubblicazione di foto e riprese del/della figlio/a nell'ambito delle attività riguardanti il servizio di **SORVEGLIANZA E ASSISTENZA MENSA**.

AUTORIZZO  NON AUTORIZZO

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

### LIBERATORIA

Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare a tutte le attività previste, sollevando da ogni responsabilità gli organizzatori qualora mio figlio/a non osservi il regolamento che prevede l'osservanza delle norme di buon comportamento e civile convivenza, rispetto verso i compagni, il personale, i locali e le strutture, facendomi carico, in caso di danni provocati da mio figlio/a, del loro totale risarcimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

### MODALITÀ DI PAGAMENTO

La quota annua dovrà essere corrisposta unitamente all'iscrizione:

- tramite **Bonifico bancario** a:

**Cooperativa Margherita**

**BANCA: Banca Popolare Etica**

**IBAN: IT69T0501811800000011006921**

**Causale: Sorveglianza e assistenza mensa Dueville...** (indicare il nome della scuola) – mese di... (indicare il/i mese/i al/ai quale/i si riferisce il pagamento) **a favore di...** (indicare il nome del bambino)

Seguirà fattura.

Non verranno tolti dalla quota i giorni di festività e i giorni di malattia.

Il servizio seguirà il calendario scolastico.

Il mancato pagamento della quota presuppone la sospensione della frequenza.

**IL PRESENTE MODULO E QUALSIASI VARIAZIONE, IN MERITO AI DATI E ALLE SCELTE INDICATE, DEVONO ESSERE INVIATI A COOPERATIVA MARGHERITA ALL'INDIRIZZO MAIL [serviziscolasticidueville@cooperativamargherita.org](mailto:serviziscolasticidueville@cooperativamargherita.org) entro il 17 settembre 2018.**