



ARACON cooperativa sociale Onlus – Sede legale: via Sagrado 3, 33100 Udine

Tel. 0432 548804 – Fax 0432 490125 - C.F. e P. IVA 01992840304

email: segreteria@aracon.it - pec: aracon@pec-mail.it - www.aracon.it

Iscr. Registro Impr. Trib. Di Udine n° 01992840304 - Iscr. Albo Regionale Coop. Sociali n° 91-Sez.A

Iscr. Registro Regionale Cooperative n° A132278 – Categoria: coop. Sociali – Categoria attività esercitata: coop. di produzione e lavoro

Numero d'ordine.....del.....(compilazione riservata alla segreteria)

MODULO DI ISCRIZIONE ALL'ATTIVITA' SBROGLIACOMPITI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ Via/Piazza _____ n. _____

Telefono _____ Cellulare _____ Email _____

in qualità di:

- Padre
- Madre
- Chi esercita la patria potestà

CHIEDE L'ISCRIZIONE DEL PROPRIO/A FIGLIO/A

Nome _____ Cognome _____

nato/a _____ il _____ residente a _____

in Via/Piazza _____ frequentante la classe _____ della scuola primaria -
secondaria _____, alle attività del Centro Estivo "Sbrogliacompiti" che si svolgeranno
presso il centro "Il Poliedro" di Udine (dal 26 al 30 agosto e dal 2 al 6 settembre 2013), dal lunedì al venerdì, **dalle
ore 8.35 alle ore 11.30.**

QUOTA DI ISCRIZIONE E FREQUENZA

| | |
|---|-----------------------------|
| Tipologia | Tariffa settimanale |
| Turno settimanale mezza giornata | 40,00 € iva compresa |

Il versamento delle quote avverrà a seguito della conferma dell'avvio dei turni da parte di Aracon Soc Coop Onlus. A seguito del versamento verrà emessa una ricevuta a cui seguirà una fattura.

Il numero massimo di iscritti per turno è di **30 bambini**: le richieste in eccedenza verranno trattate sulla base dell'ordine di arrivo delle iscrizioni. In caso di liste di attesa elevate la Cooperativa Aracon si riserverà la possibilità di ampliare il numero di iscritti fino a 35.

Si indichi con una crocetta nella seguente tabella il turno o i turni settimanali prescelti.

| TURNI | Mezza giornata 8.35 – 11.30 |
|-----------------------------------|--|
| 1 TURNO 26 – 30 agosto | |
| 2 TURNO 2 – 6 settembre | |

Il/La sottoscritto/a _____

DICHIARA altresì:

- di essere a conoscenza** che eventuali ritiri e/o rinunce e/o ridotta frequenza non daranno luogo alla restituzione, ad alcun titolo, della quota d'iscrizione pagata;
- di autorizzare** il/la proprio/a figlio/a a partecipare alle uscite programmate nell'ambito delle attività del Centro Estivo;
- di NON autorizzare** il/la proprio/a figlio/a a partecipare alle uscite programmate nell'ambito delle attività del Centro Estivo e di essere a conoscenza che per coloro che non partecipano alla gita/uscite non verranno svolte attività alternative;
- di impegnarsi** a rispettare gli orari di entrata/uscita dal Centro Estivo.
- di autorizzare** Aracon cooperativa Sociale Onlus ad utilizzare le fotografie e le altre immagini prodotte, in cui compaia il proprio figlio/a, con esclusivo scopo didattico e di documentazione senza fini di lucro, rinunciando fin d'ora a qualsiasi diritto di sfruttamento dell'immagine nel caso di proiezione e messa in onda del materiale in oggetto il/la proprio/a figlio/a a comparire a titolo gratuito attraverso le fotografie ed eventuali filmati prodotti durante le varie attività previste nel corso dell'estate 2013.

Consenso informativo secondo Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 codice in materia di protezione dei dati personali (GU n. 174 del 29.7.2003 Suppl. Ord. n.123 Testo in vigore dal 01.01.2004)

Udine, _____

In fede _____

DELEGHE E RITIRI

Il/La sottoscritto/a _____

DELEGA LE SEGUENTI PERSONE MAGGIORENNI AL RITIRO DEL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

| Cognome | Nome | Luogo e Data di nascita |
|---------|------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

INFORMAZIONI SANITARIE RIFERITE AL MINORE:

- nessuna informazione sanitaria da dichiarare
- il minore presenta allergie o intolleranze (allega certificazione medica)
- il minore assume medicinali (specificare quali)

-
- il minore è sottoposto a cure mediche (specificare quali)

-
- il minore è in condizioni psico-fisiche problematiche (allega certificazione medica)

- ulteriori particolari esigenze che si ritiene opportuno evidenziare:

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 10 del D.Lgs. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data.....

IL DICHIARANTE **