



La/il sottoscritta/o _____
Nata/o a _____ Prov. ____ il _____
Residente in _____ Prov. ____ Via _____
_____ n. ____
Tel. _____ cell. _____ e-mail _____
Genitore della/del minore:
Nome _____ Cognome _____
Nata/o a _____ Prov. ____ il _____
Residente in _____ Prov. ____ Via _____ n. ____
Frequentante la classe:
_____ della scuola Primara
_____ della scuola Secondaria di Primo Grado
Presso Istituto: _____ con sede in _____

**Chiede di iscrivere la/il propria/o figlia/o al
Sostegno scolastico e didattico di gruppo
A.S. 2015/2016**

A TAL FINE:

DICHIARA DI ESSERE INFORMATATA CHE:

- l'inserimento nel gruppo avverrà solo dopo attenta valutazione della compatibilità del singolo all'interno del gruppo (valutazione nei primi due incontri)
- la retta di frequenza **è pari ad € 260,00 mensili** da pagarsi entro il **giorno 10 del mese**
- e' previsto il pagamento di una quota di iscrizione di € 30,00; da versarsi al momento della conferma dell'inserimento all'interno del gruppo di studio;

COMUNICA:

che le/gli insegnanti di riferimento sono: _____

ALLEGA:

- Copia documentazione a supporto (es. valutazione).

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(L. 31.12.1996 N°675)**

Io sottoscritto/a _____, DOCUMENTO IDENTITA': tipo _____
_____, Numero _____ rilasciato da _____
_____ in data _____

Nata a _____ il _____
resa edotta dei diritti spettantemi dall'applicazione della "Legge sulla privacy",

AUTORIZZO

L'Ambulatorio Sociale e/o i suoi collaboratori alla raccolta e al trattamento dei dati personali e sensibili che mi riguardano.

Prendo atto che tali dati verranno utilizzati esclusivamente per la finalità della corretta e completa esecuzione dell'incarico ricevuto.

Autorizzo l'inserimento dei dati in tutti gli schedari cartacei e informatici a disposizione dell'Ambulatorio Sociale Caleidos.

La Responsabile del trattamento dei dati personali è Paola Campi

Luogo, Data,

FIRMA (leggibile per esteso)