

## **ASILO INFANTILE “BONAFIDE”**

**Corso Italia, 4**

**10019 Strambino**

**Tel: 0125 713305**

**E-mail: [asilobonafide@libero.it](mailto:asilobonafide@libero.it)**

### **RICHIESTA D'ISCRIZIONE AL CENTRO ESTIVO**

**Alla scuola dell'Infanzia Paritaria “Bonafide”:**

**Il/La sottoscritto/a:** \_\_\_\_\_

☐ **padre**    ☐ **madre**    ☐ **tutore**    (barrare la voce interessata)

**Codice fiscale del richiedente:** \_\_\_\_\_

**E-mail del richiedente:** \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

**l'iscrizione presso questa Scuola dell'Infanzia per il centro estivo dell'anno 2023**

**del/della bambino/a:** \_\_\_\_\_

**nato/a a:** \_\_\_\_\_

**il:** \_\_\_\_\_

**residente a:** \_\_\_\_\_

**prov:** \_\_\_\_\_

**via/corso:** \_\_\_\_\_

**n° civico:** \_\_\_\_\_

**cittadinanza:** \_\_\_\_\_

**codice fiscale:** \_\_\_\_\_

## NUMERI TELEFONICI DI REPERIMENTO FAMILIARI:

☐ padre \_\_\_\_\_

☐ madre \_\_\_\_\_

☐ altri \_\_\_\_\_

☐ altri \_\_\_\_\_

### Segnalare inoltre:

1. Alimenti non tollerati dal bambino. Eventuali diete particolari vanno accompagnate da certificato medico
  
2. Patologie riscontrate dal bambino. Se il soggetto è in possesso di talune patologie tipo: diabete, crisi epilettiche o altro è necessaria una dichiarazione congiunta dei genitori dove si declina ogni responsabilità da parte della Scuola.
  
3. Allergie a farmaci, punture di insetti o altro.

---

---

## **USO DEI DATI PERSONALI E DIRITTI DEL DICHIARANTE**

Si informa che:

- I dati personali acquisiti con l'autocertificazione resa in occasione della presentazione della domanda di iscrizione devono essere necessariamente forniti per determinare la graduatoria di ammissione, nonché per l'erogazione dei servizi richiesti.
- Il rifiuto di fornire i dati previsti dal modulo comporterà l'impossibilità di determinare la posizione del richiedente nella suddetta graduatoria. La Direzione della Scuola non si assume alcuna responsabilità per i danni che potrebbero derivare dall'involontaria omissione di informazioni indispensabili per la tutela dello stato di salute del bambino di cui si richiede l'iscrizione.
- I dati raccolti saranno utilizzati anche con strumenti informatici, al solo fine di erogare le prestazioni richieste e, sempre nell'ambito di finalità istituzionali, tali dati potranno essere trasmessi ad Enti Pubblici e Privati.
- L'uso dell'immagine dell'alunno sarà utilizzato eventualmente solo ed esclusivamente per scopi didattici e per usi istituzionali.

Il Dichiarante può rivolgersi in qualsiasi momento al Legale rappresentante della Scuola presso cui ha presentato la dichiarazione per verificare i dati che lo riguardano e farli eventualmente aggiornare, integrare, rettificare, cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro uso se trattati in violazione di legge (art.13 legge 675/96).

Titolare del trattamento dei dati sensibili di cui all'art.15 della legge 675/96 è il legale rappresentante della Scuola, il quale, per la normale gestione, delega il trattamento dei dati al personale operante nella scuola stessa.

Firma (leggibile): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

| <b>TURNI</b> | <b>PERIODO</b>        | <b>RICHIESTA<br/>(indicare SI/NO)</b> |
|--------------|-----------------------|---------------------------------------|
| <b>1</b>     | <b>3 – 7 LUGLIO</b>   |                                       |
| <b>2</b>     | <b>10 - 14 LUGLIO</b> |                                       |
| <b>3</b>     | <b>17 – 21 LUGLIO</b> |                                       |
| <b>4</b>     | <b>24 – 28 LUGLIO</b> |                                       |
| <b>5</b>     | <b>31/07 – 4/08</b>   |                                       |
|              |                       |                                       |

**COSTO : 80 € ogni turno settimanale**

