



MODULO ISCRIZIONE SPAZIO STUDIO

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ Residente a _____
in via/ piazza _____ n. _____.

CF :

tel _____ cell _____ e-mail _____

PADRE/MADRE/TUTORE di

nome e cognome _____ nato/a il _____
a _____ frequentante la classe _____.

CHIEDE

D' iscrivere il/la proprio/a figlio/a al servizio Spazio Studio presso lo Spazio LaBel, in Via Sant'Antonio, 19 – 32100 Belluno (BL).

Il **costo mensile pari a € 80,00** dovrà essere versato entro il 10 di ogni mese, in contanti alla segreteria o tramite bonifico bancario (IBAN: IT70 Y 05336 36191 000046679570 DESTINATARIO: Cooperativa c.s.s.a. CAUSALE: LaBel Spazio Studio).

AUTORIZZA

- il proprio figlio/a a percorrere il tragitto sede del servizio-casa a piedi, sollevando il personale del servizio da ogni responsabilità;
- al ritiro del proprio figlio dalle seguenti persone delegate (nome e cognome, numero Carta d'Identità):
- a fotografare/filmare il proprio figlio/a e ad utilizzare foto/video per scopi inerenti al servizio.

ALLEGATI:

- Copia documento d'identità valido del genitore compilante

I dati personali e sensibili saranno trattati secondo quanto previsto dagli artt. 13 e 14 del REG. UE 2016/679 e tutte le informazioni verranno utilizzate esclusivamente per la gestione del servizio da parte degli operatori coinvolti.

Data _____

Firma _____

Firma _____