DOPOSCUOLA SPECIALISTICO DSA/BES

MODULO D'ISCRIZIONE

- ➔ ***SI PREGA DI INSERIRE I DATI DEL GENITORE AL QUALE SI VORRA' INTESTARE LA FATTURA.***
- ➔ ***PRESTARE MOLTA ATTENZIONE ALLA SCRITTURA CORRETTA DEL CODICE FISCALE***

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)_____

CF ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

nato/a il _____ a _____frequentante la classe _____sez.____

In possesso di certificazione _____rilasciata da_____

CHIEDE

di iscrivere il/la proprio/a figlio/a al servizio di supporto allo studio specialistico (DSA BES ADHD PLUSDOTATO AUTISMO) presso lo Spazio LaBel in Via Sant'Antonio, 19 – 32100 Belluno (BL),

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 le seguenti persone delegate (nome e cognome, numero Carta d'Identità)
_____
_____

SEGNALARE EVENTUALI GIORNATE DI RIENTRO SCOLASTICO: _____

ALLEGATI:

- **Regolamento del servizio firmato per presa visione e accettazione**
- **Copia della certificazione o della relazione di avvio valutazione**

Belluno, _____ Firma genitori _____ _____

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

COOPERATIVA SOCIALE SERVIZI ASSOCIATI

C.S.S.A. SOC. COOP. A R.L. –
Impresa Sociale
Via del Commercio 4
30038 Spinea – VE
RUNTS Imprese Sociali: 8525
Albo Società Cooperative: A137412

Tel 041 508 9911
Fax 041 508 9912
E-mail info@cssa.it
Pec cssa@tecnopec.it
CF/PI 01898930274
Sito www.cssa.veneto.it

SISTEMI DI GESTIONE CERTIFICATI
CQY CERTIQUALITY
UNI EN ISO 9001:2015
UNI EN ISO 14001:2015
UNI ISO 39001:2016
UNI ISO 45001:2018
UNI/PDR 125:2022