









SUPPORTO ALLO STUDIO PER STUDENTI DSA

MODULO D'ISCRIZIONE

| II/la sottoscritto/a | | nato/a a | il |
|--|---------------------|--|---|
| | Res | idente a | in via/ piazza |
| | nn | _cf | |
| | | | |
| PADRE/MADRE/TUTORE | di (nome e cogno | ome) | |
| nato/a il | a | ····, | frequentante la classe |
| In possesso di certificazio | ne | rilasciata da | _ frequentante la classe |
| di iscrivere il/la proprio/a lo Spazio LaBel in Via San | | | eridiano per bambini con DSA presso |
| da ogni responsabilità; | _ | | , sollevando il personale del servizio ome, numero Carta d'Identità) |
| SEGNALARE EVENTUALI G | GIORNATE DI RIEN | ITRO SCOLASTICO: | |
| _ | ervizio firmato per | presa visione e accettazione zione di avvio valutazione | |
| Belluno, | _ | Firma | |

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

Albo Società Cooperative: A137412

Tel: 041 5089911 | Fax: 041 5089912

E-mail: info@cssa.it Pec: cssa@tecnopec.it CF/PI: 01898930274 Sito: www.cssa.it

