

SUPPORTO ALLO STUDIO SPECIALISTICO

MODULO D'ISCRIZIONE

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:

- **Copia Carta d'Identità**
- **Regolamento del servizio firmato per presa visione e accettazione**
- **Copia della certificazione o della relazione 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
 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