

CAMPUS ESTIVO “POTENZIA L'ESTATE 2024”

MODULO ISCRIZIONE

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

_____ n. CF

tel _____ cell _____ e-mail _____

IN QUALITA' DI PADRE/MADRE/TUTORE DI _____
 nato/a il _____ a _____

CHIEDE

d'iscrivere il/la proprio/a figlio/a ai **campus settimanali estivi “Potenzia l'estate 2024”**, presso lo Spazio LaBel in Via Sant'Antonio, 19 – 32100 Belluno (BL), nelle settimane dal:

17-21/06	24-28/06	01-05/07	08-12/07	15-19/07	22-26/07	29/07-02/08	05/08-09/08
<input type="checkbox"/> Socio-emo.	<input type="checkbox"/> Socio-emo.	<input type="checkbox"/> Socio-emo.	<input type="checkbox"/> Socio-emo.	<input type="checkbox"/> Socio-emo.	<input type="checkbox"/> Socio-emo.	<input type="checkbox"/> Socio-emo.	<input type="checkbox"/> Socio-emo.
<input type="checkbox"/> Autostima	<input type="checkbox"/> Autostima	<input type="checkbox"/> Autostima	<input type="checkbox"/> Autostima	<input type="checkbox"/> Autostima	<input type="checkbox"/> Autostima	<input type="checkbox"/> Autostima	<input type="checkbox"/> Autostima
<input type="checkbox"/> Mindfull.	<input type="checkbox"/> Mindfull.	<input type="checkbox"/> Mindfull.	<input type="checkbox"/> Mindfull.	<input type="checkbox"/> Mindfull.	<input type="checkbox"/> Mindfull.	<input type="checkbox"/> Mindfull.	<input type="checkbox"/> Mindfull.
<input type="checkbox"/> Metodo	<input type="checkbox"/> Metodo	<input type="checkbox"/> Metodo	<input type="checkbox"/> Metodo	<input type="checkbox"/> Metodo	<input type="checkbox"/> Metodo	<input type="checkbox"/> Metodo	<input type="checkbox"/> Metodo
<input type="checkbox"/> Autoreg.	<input type="checkbox"/> Autoreg.	<input type="checkbox"/> Autoreg.	<input type="checkbox"/> Autoreg..	<input type="checkbox"/> Autoreg.	<input type="checkbox"/> Autoreg..	<input type="checkbox"/> Autoreg.	<input type="checkbox"/> Autoreg.

Il costo settimanale, dovrà essere versato tramite bonifico bancario:

IBAN: IT70 Y 05336 36191 000046679570

DESTINATARIO: Cooperativa C.S.S.A. Via del Commercio, 4 30038 Spinea- VE

CAUSALE: campus estivo Label nome cognome iscritto

I GENITORI AUTORIZZANO

- 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);
- a fotografare/filmare il proprio figlio/a e ad utilizzare foto/video per scopi inerenti al servizio.

ALLEGATI:

1. Copia Carta d'Identità del genitore/tutore
2. Delega per ritiro del minore
3. Copia Certificazione e/o documentazione inerente, se presente

Data _____

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.