

Dopo Scuola "Divino Amore"

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a.....

Nato/a il a

Residente in.....

Via/Piazza.....LocalitàCAP.....

e-mail.....Tel.....Cell.....

C.F.

padre/madre del/la bambino/a.....

nato/a.....il.....

chiede di iscrivere il proprio/a figlio/a.....al Dopo Scuola "Divino Amore" per l'anno scolastico.....

con il seguente orario di frequenza (apporre una X sull'orario prescelto):

- ore 13.00/17.00
- ore 13.00/18.00

Il/La sottoscritto/a dichiara che il /la proprio/a figlio/a è stato/a sottoposto/a alle vaccinazioni obbligatorie:

- SI
- NO

Data

Firma

Firma di autocertificazione (Leggi 15/98 127/97 131/98) . Da sottoscrivere al momento della presentazione della domanda

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere informato/a, ai sensi del D.Lgs. n° 196/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Data

Firma