RICHIESTA ISCRIZIONE AI SERVIZI 2017

CITTÀ DI COSENZA

_l_ **sottoscritt_** _____

documento _____ numero _____

(specificare nome e data di nascita dell'altro genitore: _____

_____)

chiede che

il minore _____di cui si è padre/madre/tutore(*)

nat_ a_____ il_____ _____ _____

residente in _____ cap _____

piazza/via _____ n _____

recapiti telefonici _____indirizzo e-mail _____

scuola e classe frequentate _____

sia iscritto a Città dei Ragazzi,

autorizzandolo a partecipare a tutte le attività cui desidera aderire incluse visite istruttive, gite o altre attività svolte all'esterno delle strutture. Autorizzo altresì gli operatori e le operatrici di Città dei Ragazzi ad effettuare e pubblicare, senza limitazione alcuna e senza compenso, fotografie, registrazioni video e audio riproducenti l'immagine di mi_ figli_

D I C H I A R A

- di essere stato informato che per gli utenti iscritti alla struttura è stipulata polizza assicurativa R.C.,
- di aver ricevuto, all'atto dell'iscrizione, informativa relativa al trattamento dei dati personali (ai sensi del **decreto legislativo 196/03** e successive modificazioni) e di essere stato informato, in particolare, che i dati personali sopra riportati saranno utilizzati esclusivamente per gli scopi istituzionali o a fini statistici e mai, per nessun motivo, divulgati;
- di autorizzare Città dei Ragazzi ad inviare all'iscritto/a materiale informativo riguardante la struttura e le sue attività;
- di aver preso visione, di condividere e di accettare il regolamento della struttura
- di versare € 10,00 come costo di iscrizione annuale alla struttura (valida fino al 31/12/2017)
- che il proprio figlio: ☐ non è affiancato da docenti di sostegno ☐ è affiancato da docenti di sostegno
- che il proprio figlio, come certificato dal proprio medico di base, è in condizioni di sana e robusta costituzione
- che il proprio figlio: ☐ non è affetto da specifiche patologie ☐ è affetto da_____
  ☐ è in una situazione di bisogni speciali come da allegata certificazione specialistica e/o segnalazione da parte dei presidi socio sanitari territoriali.

*Firma Genitore/Tutore*_____ *Data:*_____

* eliminare la dicitura che non interessa