



**SUPPORTO ALLO STUDIO POMERIDIANO PER BAMBINI
CON DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO**

SCHEDA 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

nato/a il _____ a _____ frequentante la classe _____

In possesso di certificazione _____

CHIEDE

Di iscrivere il/la proprio/a figlio/a al servizio di supporto allo studio pomeridiano per bambini con DSA presso lo Spazio LaBel in Via Sant'Antonio, 19 – 32100 Belluno (BL).

E 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)

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

ALLEGATI:

- Copia Carta d'Identità
- Regolamento del servizio firmato per presa visione e accettazione

Belluno _____

Firma

In riferimento al codice in materia dei dati personali (D. Lgs 30 giugno 2003 n.196) le informazioni contenute in questo documento verranno utilizzate esclusivamente per la gestione del servizio da parte degli operatori coinvolti.