



MODULO DI ISCRIZIONE 2019

Si prega di compilare il modulo e inviarlo per email al seguente indirizzo: boom@cooperativaodissea.org o consegnarlo presso la segreteria della Cooperativa Sociale ODISSEA (Via Cardinale Pacini, 8 – Capannori) nella seguente fascia oraria: dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 18.00.

.....
NOME E COGNOME _____

DATA E LUOGO DI NASCITA _____

C.F. _____

RESIDENTE in VIA _____ N. _____

CAP _____ LOCALITÀ _____

NOME E COGNOME DI UN GENITORE _____

C.F. DI UN GENITORE _____

RESIDENTE in VIA _____ N. _____

NUMERO DI CELLULARE DI UN GENITORE _____

ALTRO EVENTUALE RECAPITO TELEFONICO _____

E-MAIL _____

FIRMA DEL GENITORE _____

.....
Vi preghiamo di indicare il centro richiesto:

LUNATA

MARLIA

GRAGNANO



.....
Vi preghiamo di indicare la/e settimana/e richiesta/e:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 17/06 – 21/06 | <input type="checkbox"/> 29/07 – 02/08 |
| <input type="checkbox"/> 24/06 – 28/06 | <input type="checkbox"/> 05/08 – 09/08 |
| <input type="checkbox"/> 01/07 – 05/07 | <input type="checkbox"/> 12/08 – 16/08 |
| <input type="checkbox"/> 08/07 – 12/07 | <input type="checkbox"/> 19/08 – 23/08 |
| <input type="checkbox"/> 15/07 – 19/07 | <input type="checkbox"/> 26/08 – 30/08 |
| <input type="checkbox"/> 22/07 – 26/07 | |

.....
Vi preghiamo di indicare la fascia oraria richiesta:

- mattina 7:30 – 14:00
 pomeriggio 14:00 – 18:00 (quota giornaliera)
 solo pomeriggio 14:00 – 18:00 (quota settimanale)

.....
Al momento dell'iscrizione è richiesto:

- il pagamento della QUOTA DI ISCRIZIONE di 15,00 €
- se si sceglie il pacchetto da 1 a 3 settimane, è previsto il pagamento totale delle settimane prenotate
- se si sceglie il pacchetto da 4 a 9 settimane, si richiede il pagamento in due scadenze da concordare
- se si sceglie il pacchetto da 10 a 11 settimane, si richiede il pagamento in tre scadenze da concordare
- di allegare all'iscrizione il certificato medico del bambino/a in caso di intolleranze e allergie alimentari
- di allegare (obbligatoriamente) all'iscrizione il certificato medico di Sana e Robusta costituzione del bambino/a.

.....
Potete effettuare il pagamento in contanti o con POS presso la sede della Cooperativa Sociale Odissea o tramite bonifico bancario.

c/c intestato a: **ODISSEA SOCIETÀ COOPERATIVA SOCIALE**
presso: **BANCA PROSSIMA**
IBAN: **IT88L0306909606100000061532**
causale: **attività estive + nome e cognome del bimbo iscritto + nome del centro**

.....
Autorizzo al Trattamento dei dati necessari per lo svolgimento delle suddette attività come da Informativa completa ai sensi del GDPR UE 679/2016 e del D.Lgs. 196/03 così come modificato dal D.Lgs. 101/18 in materia di tutela dei dati personali disponibile sul sito: www.boom.cooperativaodissea.org.
I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Data e firma _____