

Il sottoscritto _____

CHIEDE

L' ISCRIZIONE al servizio di **SUMMER SCHOOL 2025** del proprio figlio:

Cognome/Nome alunno _____

Codice fiscale _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____

Telefono _____ mail _____

☐ **NIDO** ☐ PART TIME 150 €/sett ☐ FULL TIME 190 €/sett

☐ **INFANZIA** ☐ PART TIME 100 €/sett ☐ FULL TIME 150 €/sett

Pasti € 6,00 cad. Allergie/Intolleranze _____

Per il/i periodo/i :

☐ 01/07 – 04/07 (tariffa riproporzionata su 4 giorni)

☐ 07/07 – 11/07

☐ 14/07 – 18/07

☐ 21/07 – 25/07

Ricordiamo che il saldo del periodo opzionato andrà effettuato anticipatamente rispetto all'inizio del servizio entro il 30/06/2025.

Autorizza inoltre al trattamento dei dati e all'utilizzo delle immagini ai sensi dell'art. 13 del REGOLAMENTO UE 679/2016 e del D.lgs 196/2003

Data

Firma
