



SERVIZI EXTRASCOLASTICI ASSOCIAZIONE SENZA IL BANCO
DOMANDA DI PRE-ISCRIZIONE AI SERVIZI DI ASSISTENZA AL PASTO E ASSISTENZA AI COMPITI
PRESSO LA SCUOLA PRIMARIA S.FERRARI E C.TAMBRONI

SCADENZA PRESENTAZIONE PRE-ISCRIZIONE
VENERDI' 11 SETTEMBRE

INVIARE IL MODULO AGLI INDIRIZZI E-MAIL

francesca.cioppi@senzailbanco.it

e
ufficio@senzailbanco.it

Si precisa che è tuttora in corso la definizione delle modalità di organizzazione dei servizi scolastici integrativi alla luce dell'emergenza sanitaria Covid-19, pertanto la presente domanda si intende come pre-iscrizione che sarà confermata successivamente tramite invio di specifica comunicazione all'indirizzo e-mail indicato nel modulo.

DATA INIZIO DEL SERVIZIO DAL 21/09/2020

I sottoscritti genitori/tutori/esercenti la potestà genitoriale:

1)(nome/cognome) _____

1) Nato/a a _____ il _____

1) C.F. _____ Recapito telefonico: _____

1) Residente in _____ (____), via/piazza _____ n° _____ cap _____

2)(nome/cognome) _____ 2) Nato/a a _____

_____ il _____ 2) C.F. _____ Recapito

telefonico: _____ 2) Residente in _____ (____),

via/piazza _____ n° _____ cap _____

Indirizzo/indirizzi e-mail (dove verranno inviate tutte le comunicazioni):

in qualità di genitori/tutori legali /esercenti la potestà genitoriale

PRESENTANO LA PRE-ISCRIZIONE AI SERVIZI INTEGRATIVI GESTITI DALL'ASSOCIAZIONE "SENZA IL BANCO" PER L'A.S. 2020/2021

del /della minore: _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____ C.F. _____

frequentante la

classe _____ sezione _____ Scuola _____ Comune _____ Prov. _____

Data/Luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale(2)

CHIEDONO I SEGUENTI SERVIZI EXTRASCOLASTICI GESTITI DA ASSOCIAZIONE “SENZA IL BANCO”:

[SELEZIONARE LA SCUOLA FREQUENTATA, LA TIPOLOGIA DI SERVIZIO E I GIORNI RICHIESTI]

SCUOLA PRIMARIA C.TAMBRONI

SCUOLA PRIMARIA S.FERRARI

ASSISTENZA AL PASTO *il servizio viene attivato con un minimo di 20 iscritti

lunedì h. 13:00/14:30**

mercoledì h. 13:00/14:30**

venerdì h. 12:30/14:30**

ASSISTENZA AI COMPITI *il servizio viene attivato con un minimo di 15 iscritti

lunedì h. 14:30/16:30**

mercoledì h. 14:30/16:30**

venerdì h. 14:30/16:30**

** Gli orari dei servizi potrebbero subire delle variazioni sulla base di eventuali misure anti Covid-19

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

TERMINI PER PRESENTARE LA PRE-ISCRIZIONE E PER EFFETTUARE IL PAGAMENTO

Le pre-iscrizioni devono essere presentate entro **MERCOLEDÌ 9 SETTEMBRE 2020** ai seguenti indirizzi mail: francesca.cioppi@senzailbanco.it e ufficio@senzailbanco.it unitamente ad eventuali allegati (es. protocollo farmaci, diete etc).

Una volta confermata l'iscrizione, il pagamento dovrà essere effettuato con bonifico bancario a favore dell'IBAN IT47H0538702406000035000151 (BPER Banca) intestato ad “Associazione Senza il Banco”; nella causale è necessario specificare “**nome e cognome del bambino, servizio/i richiesto/i, scuola, A.S. 2020-2021**”, indicando se **unico versamento oppure se “Rata 1 A.S. 2020/21” o “Rata 2 A.S. 2020/21”**.

Il versamento dovrà essere eseguito entro una settimana prima della partenza del servizio e potrà essere pagata o l'intera quota o il 50% .La seconda rata dovrà essere versata entro e non oltre il 31 gennaio 2021. Il pagamento varrà come effettiva conferma dell'iscrizione. Effettuato il pagamento, è necessario **inviarne ricevuta all'indirizzo mail ufficio@senzailbanco.it**.

COSTI E PAGAMENTO

Il servizio di assistenza al pasto ha un costo di **€ 55,00 annuali per ciascun giorno settimanale indicato**.

Il servizio di assistenza ai compiti ha un costo di **€ 110,00 annuali per ciascun giorno settimanale indicato**.

CAMBIO DEL SERVIZIO / NUOVE RICHIESTE A SERVIZIO ATTIVATO

Nel caso in cui, durante l'anno scolastico, i genitori avessero la necessità di cambiare il servizio scelto dovranno comunicarlo sia all'educatore di riferimento sia all'ufficio di Bologna, anche con e-mail all'indirizzo ufficio@senzailbanco.it con una lettera datata e firmata, indicando il nome del bambino, classe e scuola frequentata, il servizio che si intende revocare ed il nuovo servizio che si richiede. L'educatore potrà provvedere al cambio del servizio solamente dopo aver ricevuto l'approvazione da parte dell'ufficio di Bologna. Durante tutto l'anno scolastico sarà possibile effettuare al massimo due cambi. Nel corso dell'anno le domande di iscrizione potranno essere accolte previa verifica della disponibilità di posti

AUTORIZZAZIONE ALLE USCITE

I sottoscritti genitori/tutori/esercenti la potestà genitoriale _____
autorizzano il/la minore a uscire dalla sede scolastica o dove si tengono i servizi integrativi, accompagnato dagli educatori, per svolgere le attività programmate.

DELEGA AL RITIRO DEL/DELLA MINORE

Autorizziamo inoltre le seguenti persone a ritirare mio/a figlio/a al termine del servizio

1. _____ CARTA IDENTITA N. _____
2. _____ CARTA IDENTITA N. _____
3. _____ CARTA IDENTITA N. _____
4. _____ CARTA IDENTITA N. _____
5. _____ CARTA IDENTITA N. _____

ANNOTARE I DATI ANAGRAFICI della persona delegata al ritiro, IL GRADO DI PARENTELA E IL NUMERO DELLA CARTA D'IDENTITA' (DI CUI VA ALLEGATA COPIA)

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

SITUAZIONI DA SEGNALARE [ALLERGIE/ASSUNZIONE MEDICINALI/DIETE/

ALUNNI CERTIFICATI/PRESA IN CARICO DA PARTE DEL SERVIZIO SOCIALE COMUNALE

Io sottoscritto/a _____ vi informo che il/la minore _____:

Risulta allergico/a ai seguenti alimenti (Allegare certificato medico):

Segue una dieta per i seguenti motivi religiosi/etici (autocertificare senza allegare nessuna documentazione):

Segue una dieta per motivi di salute diversi dall'allergia alimentare: (Allegare certificato medico)

Deve obbligatoriamente assumere i seguenti medicinali* (Allegare certificato medico):

***Autorizzo Associazione Senza il Banco a somministrare i farmaci indicati nelle modalità sopra descritte e la assollo da ogni responsabilità. Allego il Modulo A per la richiesta di somministrazione di farmaci salvavita.**

Alunno/a certificato/a L. 104/1992

SI (Allegare documentazione comprovante questa situazione)

NO

Alunno/a – Nucleo familiare seguito dal Servizio Sociale comunale

SI

NO

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

LIBERATORIA ALL'USO DI IMMAGINI

I sottoscritti _____

genitori/tutori/esercenti la potestà genitoriale del/della minore: _____

autorizzo **autorizzo senza ripresa del volto** **non autorizzo**

a titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli artt.10 e 320 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633 (legge sul diritto d'autore), Associazione SENZAIL BANCO alle riprese video e/o fotografiche dell'immagine e dell'intervento del minore, nonché agli utilizzi delle stesse, o parte di esse, per la realizzazione di DOCUMENTAZIONI VIDEO O FOTOGRAFICHE e loro futuri modifiche o estratti, nonché a scopo promozionale e divulgativo di Associazione SENZA IL BANCO, sui supporti e nei canali di pubblicazione, distribuzione e messa in onda che saranno ritenuti da Associazione SENZA IL BANCO più idonei alla presentazione delle documentazioni. Ne vietiamo altresì l'uso in contesti che pregiudichino la dignità personale e il decoro del minore, in nessun caso potendoCi rivalere su Associazione SENZAIL BANCO, o altre realtà/professionisti incaricati ad effettuare le riprese video/fotografiche, per il risarcimento di danni morali e materiali causati da soggetti terzi o derivati da utilizzi non previsti nella presente Liberatoria.

Data, luogo

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale (2)

RICHIESTA ISCRIZIONE NEWSLETTER

acconsento **non acconsento** **sono già iscritto/a**

ad essere iscritto/a alla newsletter di Associazione SENZA IL BANCO, per ricevere tramite mail: notizie, approfondimenti, aggiornamenti o informazioni inerenti le attività, anche commerciali, promosse da Associazione SENZA IL BANCO.

Data, luogo
(2)

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale

NOME, COGNOME _____ INDIRIZZO MAIL _____

DATA, LUOGO _____ FIRMA _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI (PRIVACY)

Autorizzo il trattamento dei miei dati e di quelli del/della minore,

Con presa visione e consenso dell'Informativa, d isponibile sul sito web di Senza il Banco

(<http://www.senzailbanco.it/wp-content/uploads/2019/07/trattamento-dati-servizi-extrascolastici-Senza-il-Banco.docx.pdf>),

ai sensi del D.Lgs. 101/2018 – **Regolamento UE 2016/679** relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla libera circolazione di tali dati.

Data, luogo
(2)

Firma genitore/tutore legale (1)

Firma genitore/tutore legale

ALLEGATI DA RESTITUIRE UNITAMENTE AL MODULO DI PRE-ISCRIZIONE:

- Eventuali certificazioni mediche relative a diete speciali e/o altri stati di salute documentati dal pediatra o dall'AUSL
- Eventuale modulo per la somministrazione di farmaci salvavita (Modulo A)

DOCUMENTAZIONE:

Informativa sulla privacy dell'Associazione Senza il Banco

