



ISCRIZIONE AL CENTRO FAMIGLIA AGATA

Il sottoscritto/a

Cognome Nome

residente a in via n.

cell. e-mail

CHIEDE l'iscrizione del proprio figlio/a

Cognome Nome

Nato/a Prov. il

CODICE FISCALE DEL BAMBINO

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

al progetto **Agata** che si svolgerà a Sommacampagna il martedì dalle ore 16.30 alle ore 18.30.

DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE

verrà richiesto il versamento di una quota di iscrizione pari ad € 10,00 oltre ad una quota mensile pari ad € 12,00.

Autorizza Non autorizza riprese e foto durante l'attività e l'utilizzo delle stesse per l'esposizione al pubblico per le finalità del servizio (mostre, eventi, pubblicità, pagina facebook, ecc...)

I sottoscritti _____ in

qualità di _____ del/la bambino/a _____

dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi del **Regolamento UE 2016/679** al seguente link:

<http://www.linfanzia.it/privacy-policy/> e di porre il consenso al trattamento dei dati propri e del minore.

Data _____

Firma
