



CITTÀ DI BAVENO
Provincia del Verbano Cusio Ossola

Ufficio Istruzione

MODULO COMUNICAZIONE DATI PER EMISSIONE AVVISO DI PAGAMENTO:

DATI BAMBINO

Cognome	
Nome	
Data Nascita	
Luogo Nascita	
Codice Fiscale	

DATI BAMBINO

Cognome	
Nome	
Data Nascita	
Luogo Nascita	
Codice Fiscale	

DATI BAMBINO

Cognome	
Nome	
Data Nascita	
Luogo Nascita	
Codice Fiscale	

DATI ADULTO PAGANTE

Cognome	
Nome	
Data Nascita	
Luogo Nascita	
Codice Fiscale	
Indirizzo residenza	
Telefono	
Email	

MODALITÀ DI RICEZIONE AVVISO DI PAGAMENTO:

POSTA

MAIL

Modulo autorizzazioni

Nome del/la ragazzo/a: _____

Cognome del/la ragazzo/a: _____

Classe: _____ Età _____

Numeri di telefono e referenti	
REFERENTE	NUMERO DI TELEFONO

La compilazione della parte successiva del modulo è necessaria nel caso in cui i bambini vengano prelevati dal servizio da persone diverse dai familiari (es.: amici di famiglia, operatori di altre associazioni, insegnanti di catechismo...) o da familiari minorenni (es.: fratelli o sorelle minorenni), oppure lascino il servizio da soli

Io sottoscritto/a _____ genitore di _____

AUTORIZZO

✍ mio/a figlio/a _____ ad uscire dal Servizio del Centro
accompagnato da:

- _____
- _____
- _____

autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi degli Articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

In fede



Io sottoscritto/a _____

AUTORIZZO

le operatrici/gli operatori del Servizio del Centro a scattare fotografie e/o a realizzare filmati a mio/a figlio/a _____ durante le feste che verranno organizzate, durante lo svolgimento di laboratori e i momenti di gioco quotidiani.

autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi degli Articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

In fede



Io sottoscritto/a _____

AUTORIZZO

mio/a figlio/a _____ a partecipare alle gite, a brevi uscite sul territorio organizzate dal Servizio del Centro, previa comunicazione da parte delle operatrici/degli operatori di giornate e luoghi.

autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi degli Articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

In fede



Io sottoscritto/a _____

INFORMO il personale del Centro che
mio/a figlio/a _____ presenta le seguenti:

-ALLERGIE
.....
.....

-INTOLLERANZE.....

-PATOLOGIE
.....

autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi degli Articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679

In fede
