

PROGETTO Sp@zioni - SERVIZIO SOSTEGNO ALLO STUDIO

Documento di autorizzazione del minore per l'accesso al servizio

Io sottoscritto _____

Nato a _____ Il _____

Residente a _____ In via _____ n° _____

C.F. _____

Contatti

- Numero di telefono _____
- Indirizzo e-mail _____

Genitore dello studente _____

Nato a _____ Il _____

Residente a _____ In via _____ n° _____

Scuola di provenienza _____ Classe _____

Accetto:

- I termini del regolamento di accesso al servizio di sostegno allo studio.
- I termini del trattamento dei dati sensibili relativi al minore di cui sono legalmente responsabile.

Autorizzo mio figlio a:

- Entrare e uscire non accompagnato da un adulto.
- Effettuare pagamenti in mia vece.

Mi impegno ad effettuare il pagamento tramite:

- Contanti.
- Bonifico bancario (*I dati verranno eventualmente comunicati via e-mail*).
- Assegno.

Luogo e data

In Fede
