



**MODULO DI ISCRIZIONE SERVIZIO DI STUDIO ASSISTITO A.S. 2023-2024  
SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO GRADO - ISTITUTO COMPRENSIVO DI THIENE**

Il/la sottoscritto/a COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
tel. casa \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

altri riferimenti telefonici (almeno 2) da contattare in caso di emergenza:

NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ PARENTELA \_\_\_\_\_ Tel. 1: \_\_\_\_\_  
NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ PARENTELA \_\_\_\_\_ Tel. 2: \_\_\_\_\_  
NOME E COGNOME \_\_\_\_\_ PARENTELA \_\_\_\_\_ Tel. 1: \_\_\_\_\_

genitore di

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
CODICE FISCALE \_\_\_\_\_ frequentante la scuola secondaria di primo grado  
\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ del Comune di Thiene nell'anno scolastico  
2023/2024

**richiede l'iscrizione**

del proprio figli/a all'attività di STUDIO ASSISTITO per L'A.S. 2023/2024

Si impegna a versare alla Cooperativa Margherita Soc. Coop. Sociale di Sandrigo la seguente retta di frequenza mensile (barrare la casella relativa al numero di pomeriggi che si richiede e i giorni nei quali si intende usufruire del servizio di studio assistito):

**BASSANI**

Tipo di adesione	Giorno/i a scelta	Costi
<input type="checkbox"/> 1 pomeriggio a settimana dalle ore 14.30 alle ore 16.30	<input type="checkbox"/> lunedì <input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> giovedì	€ 28,00 mensili
<input type="checkbox"/> 2 pomeriggi a settimana dalle ore 14.30 alle ore 16.30	<input type="checkbox"/> lunedì <input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> giovedì	€ 56,00 mensili
<input type="checkbox"/> 3 pomeriggi a settimana dalle ore 14.30 alle ore 16.30	<input type="checkbox"/> lunedì <input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> giovedì	€ 84,00 mensili

**FERRARIN**

Tipo di adesione	Giorno/i a scelta	Costi
<input type="checkbox"/> 1 pomeriggio a settimana dalle ore 14.30 alle ore 16.30	<input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> mercoledì <input type="checkbox"/> venerdì	€ 28,00 mensili
<input type="checkbox"/> 2 pomeriggi a settimana dalle ore 14.30 alle ore 16.30	<input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> mercoledì <input type="checkbox"/> venerdì	€ 56,00 mensili
<input type="checkbox"/> 3 pomeriggi a settimana dalle ore 14.30 alle ore 16.30	<input type="checkbox"/> martedì <input type="checkbox"/> mercoledì <input type="checkbox"/> venerdì	€ 84,00 mensili



**Le quote sono comprensive di ingresso anticipato alle ore 14.00. Dalle ore 14.00 alle ore 14.30 è prevista attività di pranzo libero (portato da casa) sotto la sorveglianza del personale educativo.**

Richiedo l'iscrizione di mio figlio/a all'ingresso anticipato:  sì  no

Se sì, nei giorni di:  lunedì  martedì  mercoledì  giovedì  venerdì

Il servizio di STUDIO ASSISTITO viene attivato con un minimo di **12 studenti iscritti per ogni pomeriggio.**

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

### MODULO DELLE AUTORIZZAZIONI

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
genitore di \_\_\_\_\_

#### USCITA AL TERMINE DELLE ATTIVITA'

autorizzo la Cooperativa incaricata a consegnare mio/a figlio/a esclusivamente a me stesso o all'altro genitore:  
COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_;

autorizzo la Cooperativa incaricata a consegnare mio/a figlio/a alle persone di mia fiducia indicate di seguito:  
COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_;  
COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_;  
COGNOME e NOME \_\_\_\_\_ TEL. \_\_\_\_\_;

autorizzo mio figlio ad uscire da solo previa richiesta alla scuola.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

#### DATI PERSONALI E SENSIBILI

Dichiaro che mio/a figlio/a

non presenta problematiche di salute

presenta le seguenti problematiche di salute (allergie ed intolleranze alimentari, ecc.):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
che richiedono i seguenti accorgimenti:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Altre informazioni di rilievo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Dichiaro che mio figlio/a non è affetto/a da malattie cardiovascolari o compromettenti una sana attività fisica e sollevo la Cooperativa da qualsiasi responsabilità in relazione ad eventuali patologie.

Ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016, presta il proprio consenso per il trattamento da parte dei soggetti appartenenti alla Cooperativa incaricata della gestione dello STUDIO ASSISTITO dei dati personali e/o sensibili



la cui conoscenza è necessaria per lo svolgimento delle attività dello STUDIO ASSISTITO e per la tutela della salute e dell'incolumità del proprio figlio.

Inoltre, autorizza la proiezione e la pubblicazione di foto e riprese del/della figlio/a nell'ambito delle attività riguardanti lo STUDIO ASSISTITO.

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

#### **LIBERATORIA**

Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare a tutte le attività previste, sollevando da ogni responsabilità gli organizzatori qualora mio figlio/a non osservi il regolamento che prevede l'osservanza delle norme di buon comportamento e civile convivenza, rispetto verso i compagni, il personale, i locali e le strutture, facendomi carico, in caso di danni provocati da mio figlio/a, del loro totale risarcimento.

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_

#### **MODALITÀ DI PAGAMENTO**

La quota mensile dovrà essere corrisposta entro il 5 del mese, seguendo la seguente modalità:

Attraverso la piattaforma [www.welfarevicenza.it](http://www.welfarevicenza.it) a cui dovrete accedere e registrarvi seguendo la procedura che vi verrà inviata via mail. Il pagamento tramite piattaforma può essere fatto con **bonifico, carta di credito o paypal**.

Per tale modalità di pagamento seguirà fattura.

Il mancato pagamento della quota presuppone la sospensione della frequenza.

**Dal pagamento non verranno detratte assenze e festività.**

Si raccomanda la massima puntualità nel pagamento delle rate, che deve essere effettuato entro e non oltre il 5 di ogni mese. Se la retta non verrà pagata con regolarità, si procederà con un sollecito di pagamento ed eventualmente, previa comunicazione, con la sospensione del servizio per il figlio/a o i figli/e.

**IL PRESENTE MODULO E QUALSIASI VARIAZIONE, IN MERITO AI DATI E ALLE SCELTE INDICATE, DEVONO ESSERE INVIATI A COOPERATIVA MARGHERITA ALL'INDIRIZZO MAIL [doposcolathiene@cooperativamargherita.org](mailto:doposcolathiene@cooperativamargherita.org) entro e non oltre il 25 del mese precedente alla richiesta di variazione.**