

## ARTE E ORTO

per bambini dai 3 agli 8 ANNI  
dal 17 al 28 LUGLIO 2017 dalle ore 8.30 alle ore 12.30 a Parrano  
dal lunedì al venerdì con durata quindicinale

Il/la sottoscritto/a (da riportare nel bollettino di pagamento) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

In Via/Piazza \_\_\_\_\_ Recapiti telefonici \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ Codice Fiscale

### Chiede che

Il/la proprio/a figlio/a (cognome e nome) \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

possa partecipare al laboratorio (La quota di partecipazione al laboratorio è pari a € 55,00.):

### ARTE E ORTO (17-28 luglio)

Il presente modulo deve essere riconsegnato entro il 26/06/2017 ai Comuni, per fax al 0763 393685 o per mail [emanuela.castorri@coopquadrifoglio.net](mailto:emanuela.castorri@coopquadrifoglio.net) /Dopo essere stati contattati telefonicamente per la conferma dell'attivazione del laboratorio potrete procedere al pagamento secondo le seguenti modalità:

Bollettino postale (allegato a scheda d'iscrizione) c/c n. 89285969 intestato a "IL QUADRIFOGLIO SOC COOP.VA SOCIALE - Via A.Costanzi n.53 - 05018 ORVIETO"

Bonifico presso Poste Italiane c/ intestato a "IL QUADRIFOGLIO SOC COOP.VA SOCIALE - Via A.Costanzi n.53 - 05018 ORVIETO" codice IBAN : IT 71 X076 0114 4000 0008 9285 969

Bonifico bancario presso la Cassa di Risparmio di Orvieto c/c intestato a "IL QUADRIFOGLIO SOC COOP.VA SOCIALE - Via A.Costanzi n.53 - 05018 ORVIETO" codice IBAN : IT 27 Y 06220 25740 000 00 1213903

Nella causale del versamento è necessario specificare il nome del/i bambino/i e il nome del laboratorio.

L'iscrizione si formalizza i primi giorni di frequenza del laboratorio con la consegna alle educatrici che accompagnano i bambini sullo scuolabus della ricevuta del versamento effettuato.

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

N.B. L'attivazione di ogni laboratorio è subordinata al raggiungimento di un numero minimo di adesioni e prevede un numero massimo di partecipanti. Per ulteriori informazioni tel. 0763 301332 sede 335 1996118 dott.ssa Emanuela Castorri 335 6562863 dott.ssa Dorian Barbanera. DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_, ad ogni effetto di legge o di regolamento, ed in particolare ai sensi del DL30/06/03 n° 196, dichiara di avere attentamente e consapevolmente letto l'analitica informativa allegata al presente modulo. Il sottoscritto dichiara che il proprio libero, consapevole, informato, specifico e incondizionato consenso al trattamento dei dati sensibili propri e del minore iscritto nei limiti e modi previsti dall'informativa allegata.  è prestato  è negato  
Il sottoscritto dichiara che il proprio consenso all'invio di materiale informativo ed inserimento in una mailing list, nei limiti modi previsti dall'informativa.  è prestato  è negato

Data e luogo \_\_\_\_\_ Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

COD. CLIENTE \_\_\_\_\_ IMPORTO DA FATTURARE \_\_\_\_\_ NOTE \_\_\_\_\_