



AZIENDA SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI
Ente strumentale dei Comuni del Distretto di Menaggio
Sede legale e Operativa: Via a Porlezza, 10 – 22018 PORLEZZA (CO)
Tel. 0344/30274 - Fax. 0344/70299
Mail: segreteria@aziendasocialeclv.it; PEC: asclv@pec.aziendasocialeclv.it
P.I. 02945720130

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLO SPAZIO BAMBINO DI PORLEZZA

I SOTTOSCRITTI

DATI DEL PADRE

| | | | | | |
|-----------------|-----------|---------------------------|--|---------------------------|-----|
| Nome | | Cognome | | Codice fiscale | |
| Nato/a a | | il | | Nazione (se stato estero) | |
| Residente a: | Provincia | Indirizzo e numero civico | | | Cap |
| Tel. Abitazione | | Cell. | | Indirizzo e-mail | |

DATI DELLA MADRE

| | | | | | |
|-----------------|-----------|---------------------------|--|---------------------------|-----|
| Nome | | Cognome | | Codice Fiscale | |
| Nato/a a | | il | | Nazione (se stato estero) | |
| Residente a: | Provincia | Indirizzo e numero civico | | | Cap |
| Tel. Abitazione | | Cell. | | Indirizzo e-mail | |

CHIEDONO L' ISCRIZIONE

Allo Spazio Bambino di Porlezza per l'anno educativo 2025/2026 del figlio/a

| | | | | | |
|----------|--|------|--|----------------|---------|
| Cognome | | Nome | | Codice fiscale | |
| Nato/a a | | il | | Sesso | Nazione |
| | | | | M | F |

SECONDO LA FREQUENZA DI SEGUITO INDICATA (METTERE X SUI GIORNI SCELTI)

| | | | | |
|--------|---------|-----------|---------|---------|
| Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì |
|--------|---------|-----------|---------|---------|



AZIENDA SOCIALE CENTRO LARIO E VALLI
Ente strumentale dei Comuni del Distretto di Menaggio
Sede legale e Operativa: Via a Porlezza, 10 – 22018 PORLEZZA (CO)
Tel. 0344/30274 - Fax. 0344/70299
Mail: segreteria@aziendasocialeclv.it, PEC: asclv@pec.aziendasocialeclv.it
P.I. 02945720130

Il sottoscritto _____ nella qualità di: genitore tutore

DICHIARA che il/la proprio/a figlio/a

- potrà uscire sul territorio comunale di Porlezza
 - è autorizzato
 - non è autorizzato

DOCUMENTI DA ALLEGARE (obbligatoriamente)

- certificato vaccinazioni rilasciato da ATS aggiornato
- carta d'identità e codice fiscale di entrambi i genitori
- ricevuta quota iscrizione di € 100,00 da versare tramite bonifico:

Azienda Sociale Centro Lario e Valli IBAN IT59V0760110900000072668692

PROTEZIONE DEI DATI

L'Azienda Sociale Centro Lario e Valli in qualità di titolare del trattamento, la informa che, per dare seguito alla presente richiesta, il trattamento dei Suoi dati personali avverrà nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 101/2018.

La invitiamo, prima di procedere, a consultare l'informativa completa pubblicata all'indirizzo
<https://www.aziendasocialeclv.it/amm-trasparente/privacy-regolamento-europeo-n-2016-679/>

Porlezza, _____

Firma di entrambi i genitori

DA COMPILARE ESCLUSIVAMENTE SE IL MODULO È FIRMATO DA UN SOLO GENITORE

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del d.P.R. n. 445/2000, dichiara di aver compilato quanto sopra in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 317^{ter}, e 337^{quater} del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____