

MODULO CONTATTI E DELEGHE (valevole per tutto il ciclo scolastico)

SERVIZI INTEGRATIVI: PRE-INTER-POST SCUOLA – Comune di MEDICINA

La/Il sottoscritta/o _____ nato/a il _____ a _____
 genitore del minore _____ nato/a il _____ a _____
 anche a nome e per conto dell'altro genitore (nome e cognome) _____
 nato/a il _____ a _____

data l'impossibilità al ritiro del figlio/a all'uscita al termine del servizio e di eventuali uscite anticipate:

DELEGO

Sotto la mia responsabilità le seguenti persone (maggioresenni), a ritirare mio/a figlio/a e di sollevare altresì Solco IDAPOLI scs da ogni responsabilità conseguente il ritiro e che la responsabilità della Società cessa nel momento in cui il minore viene affidato alla persona delegata

persona delegata Nome e Cognome	Grado di parentela o relazione (nonno, zio, amico, vicino di casa...)	Data di nascita	N° di telefono

CONTATTI	Nome e cognome	N° Cellulare	N° linea fissa
TELEFONO CASA			
TELEFONO LAVORO GENITORE			
TELEFONO LAVORO GENITORE			
TELEFONO NONNI			
TELEFONO NONNI			
Altri			

DATA: _____ 1) FIRMA: _____

2) FIRMA: _____

NB: Qualora i genitori fossero separati o divorziati per la delega è richiesta la firma di entrambi

Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 nei modi e nei limiti necessari per garantire l'erogazione del servizio.
 Titolare del Trattamento è il COMUNE DI MEDICINA (vedasi informativa completa sul sito www.coopidapoli.it).
 Responsabile del trattamento è il Gestore Solco IDAPOLI Società Cooperativa sociale.