



COMUNE DI
**SAN DONATO
MILANESE**

Ufficio: Area Sviluppo di Comunità
Modulo: **Iscrizione**
Spazio Compiti
Centro di Aggregazione
Giovanile

Al Comune di San Donato Milanese

Io sottoscritto _____ genitore del/la ragazzo/a _____
residente a _____ in Via/P.zza _____
Tel. del genitore _____ Cell. del genitore _____
e-mail del genitore _____
frequentante la scuola secondaria di primo grado _____
Classe _____ Sez. _____

CHIEDO L'ISCRIZIONE

di mio/a figlio/a allo Spazio Compiti presso il Centro di Aggregazione Giovanile in oggetto preferibilmente nella/e seguente/i giornata/e (barrare la giornata richiesta)

- | | | | |
|--|----------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MONOSETTIMANALE | <input type="checkbox"/> LUNEDÌ | <input type="checkbox"/> MARTEDÌ | <input type="checkbox"/> MERCOLEDÌ |
| | <input type="checkbox"/> GIOVEDÌ | <input type="checkbox"/> VENERDÌ | |
| <input type="checkbox"/> BISETTIMANALE | <input type="checkbox"/> LUNEDÌ | <input type="checkbox"/> MARTEDÌ | <input type="checkbox"/> MERCOLEDÌ |
| | <input type="checkbox"/> GIOVEDÌ | <input type="checkbox"/> VENERDÌ | |

Sono consapevole che le giornate da me indicate saranno soggette a conferma da parte del servizio a seguito del colloquio di conoscenza previsto.

Firma del genitore

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n.196/2003 recante disposizioni in materia di protezione dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei volontariamente saranno trattati, nel rispetto della normativa richiamata.

Firma del genitore
