Solco IDAPOLI | Società Cooperativa Sociale
Via Massarenti, 9/C - 40054 BUDRIO (BO) | Tel. e Fax 051 802479
www.coopidapoli.it | societa.idapoli@coopidapoli.it | coopidapoli@pec.confcooperative.it
C.F. 03923180370 | P.IVA 00677221202
iscrizione albo nazionale soc. coop. a mutualità prevalente N. A113292

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 (maggiorenni), 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 consegnata).
Responsabile del trattamento è il Gestore Solco IDAPOLI Società Cooperativa sociale.