



ISTITUTO SUORE FIGLIE S. GIUSEPPE
DEL CABURLOTTO
Via Cenedese,2
31029 VITTORIO VENETO (TV)
Tel. 0438/53611 Fax 0438/943771
Partita IVA:00410870273

ISCRIZIONE LABORATORI - SAN GIUSEPPE

I sottoscritti _____ Padre
(cognome e nome)

C.F. _____

_____ Madre
(cognome e nome)

C.F. _____

_____ Tutore
(cognome e nome)

C.F. _____

ISCRIVONO

(cognome e nome)

Il/la proprio/a figlio/a ai Laboratori San Giuseppe della Congregazione delle Suore Figlie di San Giuseppe
Caburlotto
LABORATORIO che intende frequentare: _____

CUCITO: Corso medio di cucito: martedì 15.00-16.00 (per partecipanti corso 23-24)

Avviamento al cucito: giovedì 15.00-16.00 per i nuovi iscritti

CORO VOCI BIANCHE: lunedì 15.00-16.00 per i nuovi iscritti, mercoledì (per partecipanti coro 23-24) mercoledì 15.00-16.00

MUSICA D'INSIEME: giovedì 15.00-16.00

ARCHI: venerdì 15.00-16.00

PACCHETTO CUCINA – CUCITO A MACCHINA – RICAMO

CONTESTUALMENTE VERSANO

La quota corso di € 100,00 (da Ottobre a Maggio)

La quota pacchetto – CUCINA/CUCITO A MACCHINA/RICAMO € 100,00 a singolo pacchetto

Iscrizione corso di € 55,00 da versare prima dell'inizio del laboratorio (per chi non è iscritto alla scuola Santa Giovanna d'Arco).

DICHIARANO

di aver preso visione, accettare e sottoscrivere quanto esposto nel regolamento degli allievi dei laboratori San Giuseppe

che il minore _____
(cognome e nome)

C.F. _____

fratello/sorella _____ nato/a _____ il _

C.F. _____

è nat_ a _____ (prov.) _____ il _____

è cittadino _____ Italiano altro (indicare nazionalità) _____

è residente a _____ (prov.) _____

in via/Piazza _____

C.A.P. _____ Telefono abitazione _____



ISTITUTO SUORE FIGLIE S. GIUSEPPE
DEL CABURLOTTO
Via Cenedese,2
31029 VITTORIO VENETO (TV)
Tel. 0438/53611 Fax 0438/943771
Partita IVA:00410870273

Cellulare Madre _____ Cellulare Padre _____
Ufficio Madre _____ Ufficio Padre _____
e.mail Madre _____ e.mail Padre _____

GESTIONE DEI MINORI ISCRITTI ALL'USCITA

I genitori indicano di seguito come persone autorizzate al ritiro degli alunni in loro assenza

Nome Cognome	Grado di parentela	Carta d'identità

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto/i _____ e _____ genitori/tutori dell'allievo/a _____, nato/a a _____, il _____, residente in _____, via _____ n. _____

Premesso che

- Dichiarano di aver ricevuto copia dell'informativa ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 ("Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali)
 - Consapevoli che **in assenza del consenso ai punti 1) e 2) la congregazione potrebbe non essere in grado di erogare i propri servizi**
 AUTORIZZANO **NON AUTORIZZANO**
 - Al trattamento dei dati personali, sensibili e giudiziari dell'allievo/a e della sua famiglia per l'organizzazione dei servizi dei Laboratori. Si specifica che rientrano tra questi dati anche il materiale fotografico eventualmente richiesto per le attività didattiche;
 AUTORIZZANO **NON AUTORIZZANO**
 - Alla comunicazione dei dati ad agenzie di viaggio e strutture ricettive nei limiti di quanto strettamente necessario all'organizzazione di uscite per concerti e manifestazioni; alla comunicazione dei dati a soggetti esterni fornitori di altri servizi nei limiti di quanto strettamente necessario all'adempimento delle prestazioni oggetto di contratti (ad esempio il fornitore di servizi mensa); alla comunicazione ad imprese esercenti servizi di assicurazione nei limiti di quanto strettamente necessario alla stipula di polizze in materia di infortuni e di responsabilità civile;
 AUTORIZZANO **NON AUTORIZZANO**
 - alla pubblicazione a titolo gratuito di dati, video e immagini fotografiche di lavori e di attività didattiche afferenti ad attività istituzionali della scuola (quali ad esempio foto e video relativi ad attività di laboratorio, visite guidate, soggiorni studio, spettacoli, recite scolastiche, premiazioni, partecipazioni ad eventi...) in cui compare il proprio figlio per la partecipazione a concorsi e/o progetti; per la pubblicazione di materiale promozionale / informativo dei Laboratori per la produzione di altro materiale multimediale (giornalino, brochure, sito internet...).
- Le presenti autorizzazioni, se non modificate, a domanda dei soggetti autorizzanti redatta per iscritto, hanno effetto per l'intera durata del periodo di svolgimento del corso presso i Laboratori.
 AUTORIZZANO **NON AUTORIZZANO**
- L'autorizzazione è da intendersi concessa per tutte le attività svolte nell'anno scolastico 2024-2025.
L'interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i propri diritti inviando:
 - una raccomandata A.R. a **Istituto Suore Figlie di S. Giuseppe del Ven. mons. L. Caburlotto**, Dorsoduro 1690/A – 30123 VENEZIA;
 - una e-mail all'indirizzo: direzione@campus-sangiuseppe.it

Il **Responsabile della Protezione dei Dati (DPO)** è contattabile all'indirizzo email: privacy@sangiusepecaburlotto.it

Vittorio Veneto, _____

Firma del padre o tutore

Firma della madre o tutrice

MODALITA' PAGAMENTO

- mediante bonifico bancario intestato a: Istituto Suore Figlie San Giuseppe Caburlotto
IBAN: IT85X0890462190007000005372
Casuale: LABORATORI nome e cognome alunno/a