

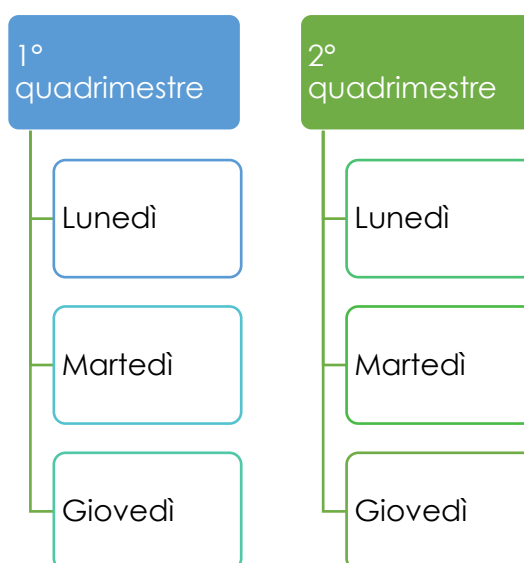


Cooperativa Sociale ASTER TRE  
Viale Della Pace 89/91 – Via Toaldo 9 Vicenza cf. pi.  
03968210249  
Tel e fax 0444302833 – 3911412395 [aster3coopsociale@gmail.com](mailto:aster3coopsociale@gmail.com)

## MODULO DI ISCRIZIONE

### Studio Assistito Pomeridiano IC6 "F. MUTTONI" a/s 2024 - 2025

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ chiede di iscrivere il/la proprio/a figlio/a all'attività di studio assistito pomeridiano, presso l'Istituto "F. Muttoni", nei giorni (barrare i giorni di interesse):



La Cooperativa Sociale Aster Tre garantisce la sorveglianza durante il consumo del pranzo al sacco fornito dalla famiglia dalle 13:40 alle 14:10. L'attività di studio assistito si svolgerà dalle ore 14:10 alle ore 16:10.

Costo mensile IVA inclusa: 1 giorno di frequenza settimanale: 65€  
2 giorni di frequenza settimanale: 110€  
3 giorni di frequenza settimanale: 135€

Cognome Nome del ragazzo/a \_\_\_\_\_

Luogo e Data di nascita \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a (città) \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_

Provincia / Cap \_\_\_\_\_

Classe \_\_\_\_\_

Recapiti Telefonici \_\_\_\_\_

Note ulteriori del genitore/tutore \_\_\_\_\_



Cooperativa Sociale ASTER TRE  
Viale Della Pace 89/91 – Via Toaldo 9 Vicenza cf. pi.  
03968210249  
Tel e fax 0444302833 – 3911412395 [aster3coopsociale@gmail.com](mailto:aster3coopsociale@gmail.com)

### **DATI DEL GENITORE/TUTORE (al quale intestare la fattura)**

Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Residente in via/piazza \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_  
Cap / Provincia \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_  
Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_  
Data e firma del Genitore/Tutore \_\_\_\_\_

I dati personali, acquisiti tramite il modulo d'iscrizione, saranno trattati esclusivamente da Cooperativa Sociale Aster Tre in conformità della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali – reg. UE n° 679/2016 e dell'Informativa consegnata. Il Responsabile del trattamento è Cooperativa Sociale Aster Tre - Viale della Pace, 89/91; 36100 Vicenza (VI).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE ALL'USCITA AUTONOMA:**  **si**  **no**

**In caso di uscita anticipata è OBBLIGATORIA la delega scritta e la presenza del genitore/tutore o del delegato.**

**Si avvisa che, se il comportamento non risultasse idoneo a garantire un adeguato clima allo studio del gruppo, dopo tre richiami con avvisi alla famiglia l'iscritto non verrà più accolto all'attività di studio assistito. L'eventuale quota non fruita verrà restituita.**