



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

ISCRIZIONE CORSI DI LINGUA SAN GIUSEPPE

Il sottoscritto _____ Soggetto Maggiore
(cognome e nome)

C.F. _____

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 alla Corsi di Lingua San Giuseppe della Congregazione delle Suore Figlie di San Giuseppe Caburlotto

fratello/sorella _____ nato/a _____ il _____

fratello/sorella _____ nato/a _____ il _____

Corso che intende frequentare: _____

Con l'insegnante: _____

Giorno/i e orario/i preferenziale: _____

Competenze linguistiche: _____

CONTESTUALMENTE VERSANO

La quota corso di € _____

IBAN 85X089046219007000005372 Intestazione: Collegio S. Giuseppe
Casuale: mese Inglese Cognome e Nome: Alunno

IBAN 85X089046219007000005372 Intes

DICHIARANO

Di aver preso visione, accettare e sottoscrivere quanto esposto nel regolamento degli Allievi dei Corsi di Lingua San Giuseppe;

che il bambino _____
(cognome e nome)

C.F. _____

(codice fiscale)

è nat_ a _____ (prov.) _____ il _____

è Cittadin _____ Italiano altro (indicare nazionalità) _____

è residente a _____ (prov.) _____

in via/Piazza _____



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

C.A.P. _____ Telefono abitazione _____

Cellulare Madre _____ Cellulare Padre _____

Ufficio Madre _____ Ufficio Padre _____

e.mail Madre _____ e.mail Padre _____

Presenta allergie: SI NO

Quali _____

(Allegare documentazione medica)

Ha una particolare situazione medico/sanitaria:

(Allegare documentazione medica)

L'alunn__ è stat_ sottopost_ alle vaccinazioni obbligatorie: SI' NO

GESTIONE DEI **MINORI** ISCRITTI ALL'USCITA DAI CORSI SI LINGUA

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 Corsi di Lingua San Giuseppe. 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 Corsi di Lingua San Giuseppe o per la produzione di altro materiale multimediale (giornalino, brochure, sito internet...)
La presente autorizzazione, se non modificata, a domanda dei soggetti autorizzanti, redatta per iscritto, ha effetto per l'intera durata del periodo di svolgimento dei Corsi di Lingua San Giuseppe
 AUTORIZZANO **NON AUTORIZZANO**
- L'autorizzazione è da intendersi concessa per tutte le attività svolte nell'anno scolastico in corso. 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@sangiuseppecaburlotto.it

Vittorio Veneto, _____

Firma del padre o tutore

Firma della madre o tutrice

Firma soggetto maggiorenne