

AL SERVIZIO ISTRUZIONE

COMUNE DI SONDRIO

SCELTA DELLA COOPERATIVA PER L'EROGAZIONE DEL SERVIZIO DI ASSISTENZA SCOLASTICA A FAVORE DI ALUNNI CON DISABILITÀ RESIDENTI NELL'AMBITO TERRITORIALE DI SONDRIO.

Dati identificativi del GENITORE richiedente il servizio:

COGNOME

NOME

nato/a a

Prov. () il

codice fiscale

residente a

in via

N°

telefono:

mail:

eventuale nominativo dell'altro genitore:

telefono:

mail:

Dati identificativi dell'ALUNNO in possesso di idonea documentazione in corso di validità:

COGNOME

NOME

nato/a a

Prov. () il

codice fiscale

residente a

in via

N°

iscritto per l'anno scolastico 20____/20____ presso la scuola:

Istituto:

classe:

Il sottoscritto genitore, per lo svolgimento del servizio di assistenza scolastica, sceglie una tra le cooperative accreditate indicate di seguito.

La scelta dovrà essere mantenuta per l'intera durata dell'anno scolastico e avrà validità anche per gli anni successivi, fino allo scadere dell'accreditamento, in assenza di diverse indicazioni da parte della famiglia, che dovranno pervenire entro il 30 giugno di ogni anno.

denominazione	telefono	mail
<input type="checkbox"/> SANIVALL società cooperativa sociale Onlus, Sondrio Via delle Pergole 2	3456880307	sanivall@gmail.com
<input type="checkbox"/> GRANDANGOLO società cooperativa sociale, Sondrio Via D. Guanella 19/B	0342214033	info@grandangolo.coop
<input type="checkbox"/> FORME società cooperativa sociale, Sondrio Via Meriggio 4	0342211251	info@formecoop.it

Il sottoscritto acconsente all'utilizzo dei dati personali che saranno oggetto di trattamento unicamente per gli usi previsti dal GDPR 679/2016 (Regolamento Europeo per il trattamento dei dati personali).

Sondrio, lì

Firma del genitore