



Società Italiana di Beneficenza

www.beneficenzaitaliana.es
sibextrascollastiche@gmail.com
C/ Agustín de Betancourt 3
28003 Madrid

Servizio- mensa dal 13 giugno al 28 giugno 2019

MODULO ISCRIZIONE

Inviarlo scannerizzato a: sibextrascollastiche@gmail.com entro il **20 maggio 2019**
Consegnare copia cartacea in segreteria dalle ore 10.00 alle ore 13.00
Non si accettano iscrizioni inviate come fotografia

Io sottoscritto/a dichiaro

DATI GENERALI ALUNNO

COGNOMI
NOME
LUOGO E DATA DI NASCITA
DNI – NIE - PASSAPORTO
DOMICILIO
INDICARE INTOLLERANZE/ALLERGIE ALIMENTARI:
INDICARE INTOLLERANZE/ALLERGIE A MEDICINALI e SOMMINISTRAZIONE DI MEDICINALI
VEDERE ALLEGATO
P.S. Allegare certificato medico

DATI GENERALI PADRE

COGNOMI	
NOME	
<u>TELEFONO CASA</u>	<u>E-MAIL</u>
<u>CELLULARE</u>	<u>TELEFONO LAVORO</u>

DATI GENERALI MADRE

COGNOMI	
NOME	
<u>TELEFONO CASA</u>	<u>E-MAIL</u>
<u>CELLULARE</u>	<u>TELEFONO LAVORO</u>

Autorizzo mio/a figlio/a usufruire del servizio-mensa
che si svolgerà dal 13 al 28 giugno 2019 presso le seguenti strutture:

Scuola Italiana – Madrid

La quota di iscrizione è di €

Orario	Quota	SI	NO
H 14.00 – 15.00	€ 104		

MODALITÀ DI PAGAMENTO

Quota iscrizione € 10 (solo per i non iscritti alla Sib per l'a.s. 2018_19)

Quota unica entro il 30 maggio 2019

VERSAMENTO SU CONTO CORRENTE

TITOLARE DEL CONTO: SOCIETÀ ITALIANA DI BENEFICENZA

BANCO SANTANDER C/C IBAN ES38 0030 1126 4700 0332 4271

CAUSALE: Alunno: (nome e cognome) – Cl ... Sez. - Attività.....

Allegare fotocopia: Dni – Carta d'identità – Passaporto, di uno dei genitori.

Dichiaro espressamente che i dati indicati nel presente formulario sono veridici e mi impegno a comunicare eventuali cambi.

RESPONSABLE: SOCIETÀ ITALIANA DI BENEFICENZA - CIF: G28511418 - Domicilio: C/ Agustín de Betancourt,3 - 28003 Madrid -
DESTINATARIOS DE SUS DATOS: No se cederán datos a terceros, salvo aquellos necesarios con las sociedades con las que concluya un
acuerdo de colaboración, siempre en interés de la correcta gestión de los datos de los menores. – FINALIDAD: Gestión administrativa
interna y de las actividades organizadas. PROCEDENCIA: Del propio interesado titular de los datos.

EJERCICIO DE SUS DERECHOS: Puede Acceder, rectificar y suprimir sus datos, portabilidad de los datos, limitación u oposición a su
tratamiento, así como a obtener información clara y transparente sobre el tratamiento de sus datos mediante solicitud escrita a la
Presidencia de la Società Italiana di Beneficenza, C/Agustín de Betancourt, 3 28003 Madrid o tramite e-mail a: sibinfo@sibenitalia.org.

DERECHO APRESENTAR RECLAMACIÓN ANTE LA AUTORIDAD DE CONTROL: Le informamos que en caso de que usted entienda que sus
derechos se han visto menoscabados, puede presentar una reclamación ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD).

BASE JURÍDICA DEL TRATAMIENTO DE DATOS: Legitimación por consentimiento expreso del interesado.

INFORMACIÓN ADICIONAL: Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de Datos en nuestra web
www.sibenitalia.org

MADRID _____

Firma _____

Es imprescindible la firma del Padre o de la Madre en las autorizaciones. En casos de tutores, separación, divorcio, etc, se deberá presentar el documento legal, autorización o poder, que acredite a esa persona como custodia en ese periodo vacacional.

Per ulteriori informazioni potete contattarci tramite:

@ sibextrascostiche@gmail.com

Coordinatrice: Mariarosaria Natali + 34 609171775



www.beneficenzaitaliana.es
sibextrascolastiche@gmail.com
C/ Agustín de Betancourt 3
28003 Madrid

DELEGA USCITA

Il sottoscritto _____

Padre/madre dell'alunno _____

Delega:

1. Il/la Sig. – Sig.ra _____

documento _____ Tel. _____
(allegare copia del documento)

2. Il/la Sig. – Sig.ra _____

documento _____ Tel. _____
(allegare copia del documento)

3. Il/la Sig. – Sig.ra _____

documento _____ Tel. _____
(allegare copia del documento)

4. L'associazione _____

Sig./sig.ra _____

a riprendere suo figlio/a all'uscita delle attività extrascolastiche e/o servizio-mensa

Madrid _____

Firma

Suministración de medicamento

En caso de tener que administrar medicamentos, que deberán ser entregados a los responsables del Campo y no entregados directamente a los chicos/as, complete el siguiente formulario:

¿Debe tomar algún medicamento?

SI

NO

¿Cuál? _____

¿Cómo? _____

¿Cuándo? _____

Autorizamos a que un monitor suministre a nuestro/s hijo/a _____
el/los medicamento/os

Firma del padre

Firma de la madre

Firma del tutor/a

Es imprescindible la firma del Padre o de la Madre en las autorizaciones. En casos de tutores, separación, divorcio, etc, se deberá presentar el documento legal, autorización o poder, que acredite a esa persona como custodia en ese periodo vacacional.