



**Scheda d'iscrizione**  
**Progetto Forza 4-Studio in Autonomia**

**I sottoscritti** (specificare i nomi e cognomi di entrambi i genitori)

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Cognome e nome \_\_\_\_\_

**CHIEDONO DI ISCRIVERE**

**Il figlio/a:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale -----

Nato/a a \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Cap e città' \_\_\_\_\_

Telefono casa \_\_\_\_\_

Telefono alternativo: \_\_\_\_\_

Cellulare n. 1 \_\_\_\_\_

(Nome persona ..... grado di parentela.....)

Cellulare n. 2 \_\_\_\_\_

(Nome persona ..... grado di parentela.....)

E-mail: \_\_\_\_\_

**Intestazione della fattura:**

Cognome e nome \_\_\_\_\_

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

**Scuola di appartenenza** \_\_\_\_\_

**Classe** \_\_\_\_\_ **Sezione** \_\_\_\_\_

**Referente DSA della scuola** \_\_\_\_\_

**Docenti di riferimento** \_\_\_\_\_

**Contatti Docenti (tel e/ o e-mail )** \_\_\_\_\_

**DICHIARANO** la volontà di far partecipare l'alunno



Alle attività di:

**Studio in autonomia:**

- in rapporto educatore minori di 1/3
- in rapporto educatore minori di 1/2
- in rapporto educatore minori di 1/1

Per il seguente periodo:

- a partire dal \_\_\_\_\_ fino al \_\_\_\_\_
- per un totale di n. \_\_\_\_\_ incontri (ripetibili)

In riferimento ai seguenti bisogni:

Ambito	
Dislessia	
Disortografia	
Disgrafia	
Discalculia	

---

---

---

**Si richiede inoltre di allegare alla presente domanda di iscrizione i seguenti documenti:**

- Diagnosi rilasciata dall'ASL di riferimento o da professionista privato
- PDP

**Inoltre DICHIARANO**

- di aver preso visione e di accettare il Regolamento del Servizio e l'Informativa sul trattamento dei dati personali, allegati alla domanda di iscrizione
- di autorizzare gli operatori del Progetto a mantenere un raccordo con la scuola e con gli insegnanti di riferimento

Data \_\_\_\_\_

Firma di entrambi i genitori

**Firma**

**Firma**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_