# msotw9_temp0

# BASILICA PARROCCHIALE “CORPUS DOMINI” dei Frati Carmelitani Scalzi

# Via Canova, 4 - Via M. Pagano, 8

# 20145 MILANO

# Telefono: 02 341419 fax 02 33603568info@parrocchiacorpusdomini.it

STUDIO ASSISTITO

MODULO DI ISCRIZIONE

Noi sottoscritti:

……………………………………………………………………..(padre) professione……………………………………………………………

……………………………………………………………………..(madre) professione……………………………………………………………

**chiediamo che nostro figlio/a**..............................................................................................................

nato/a a …………………………………………………………………… il ……………………………………………………………………………….

residente a ……………………………………………… via ……………………………………………………………………………………………..

E- mail ……………………………………………….. cell. ……………………………..………… cell. ………………………………………………

che frequenta la classe ……… sez. …….. della scuola media di via Moscati. Anno scolastico…………………………….

**partecipi allo Studio Assistito Corpus Domini nei giorni**

LUNEDI’ MARTEDI’ MERCOLEDI’ GIOVEDI’

 **Confermiamo che nostro figlio/a può lasciare i locali dell’oratorio da solo/a alle 16.30**

Firma dei genitori

……………………………………………………………………… ……………………………………………………………...........

**Data .……./……../……………**

**INFORMATIVA RELATIVA ALLA TUTELA DELLA RISERVATEZZA IN RELAZIONE AI DATI PERSONALI RACCOLTI PER LE ATTIVITA’EDUCATIVE DELLA PARROCCHIA.**

**Il trattamento di questi dati è soggetto unicamente al Decreto generale della Conferenza Episcopale Italiana “Disposizioni per la tutela del diritto alla buona fama e alla riservatezza (20 ottobre 1999).**

**La Parrocchia CORPUS DOMINI attesta che i dati conferiti saranno utilizzati per organizzare e realizzare le proprie attività educative e per le altre attività di religione o di culto.**

**Questi dati non saranno diffusi o comunicati ad altri soggetti.**

**E’ comunque possibile chiedere alla Parrocchia la cancellazione dei propri dati.**

Data e Firma dei genitori…………………………………………………………………………….…………………………………………………...........