

## MODULO DI ADESIONE AL LABORATORIO DI NEUROPSICOMOTRICITÀ

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
genitore di \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ - cod.fisc. \_\_\_\_\_  
residente in via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ frequentante la scuola  
dell'infanzia: \_\_\_\_\_ nella sezione \_\_\_\_\_,  
cell genitore: \_\_\_\_\_

### AUTORIZZO

mio figlio/a a partecipare al laboratorio di Neuropsicomotricità, organizzato dall'educatrice della Fondazione Artos, dott.ssa Chiara Taverna.

Indicare di seguito quale giorno si è **impossibilitati** a svolgere il laboratorio di Neuropsicomotricità:  
per i bambini dai 3 ai 6 anni (scuola infanzia)

- Lunedì  Mercoledì  Venerdì

### CHIEDO e AUTORIZZO

La FONDAZIONE ARTOS ad inviare a tempo indeterminato, le fatture e/o note di accredito, che saranno da quest'ultima emesse, a mezzo posta elettronica (e-mail), in sostituzione delle fatture e/o note di accredito in cartaceo.

L'indirizzo e-mail al quale si chiede di inviare le previste fatture, è il seguente:

(indicare un solo indirizzo) \_\_\_\_\_

(compilare in stampatello maiuscolo)

In fede

Data: \_\_\_\_\_

Firma

All. copia codice fiscale f/r del bambino