



OFFERTA DI COLLABORAZIONE COME ACCOMPAGNATORE* VOLONTARIO PER IL SERVIZIO PEDIBUS

NOME COGNOME _____ DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____ RESIDENTE IN _____

VIA _____ N. _____ CAP _____

TELEFONO _____ E MAIL _____

**OFFRE LA PROPRIA DISPONIBILITA' - A TITOLO VOLONTARIO - QUALE ACCOMPAGNATORE*
PER IL SERVIZIO PEDIBUS.**

DISPONIBILITA' - ORARIO DI RIFERIMENTO 07:40 – 08:15

PER IL PERCORSO DELLA SCUOLA _____

TUTTI I GIORNI

SOLO NEI GIORNI DI _____

SOLO IN QUALITA' DI SOSTITUTO

ALTRO _____

* **N.B. L'ADULTO CHE DECIDE DI DIVENTARE ACCOMPAGNATORE BENEFICIA, AUTOMATICAMENTE E GRATUITAMENTE, DI UNA COPERTURA ASSICURATIVA PERSONALE. LA POLIZZA E' SOTTOSCRITTA A SUO FAVORE DA PARTE DELL'ASSOCIAZIONE AGE 4. TALE COPERTURA ASSICURATIVA PREVEDE SIA UNA POLIZZA R.C.A. CHE INFORTUNI.**

* *Alla luce delle disposizioni sancite dal D.Lgs. 196/2003 e Reg. UE 679/2016 in relazione alla tutela della privacy viene autorizzato il trattamento dei dati personali.*

Cesena, _____

Firma del referente _____