

**ISCRIZIONE SERVIZIO**  
**THE BRAIN TRAINERS – SUMMER SCHOOL: CORSI DI PREPARAZIONE AI TEST DI**  
**INGRESSO PER PROFESSIONI SANITARIE 2021**

Compilando il seguente modulo effettuerai l'iscrizione al servizio 2021 di

**THE BRAIN TRAINERS – SUMMER SCHOOL: CORSI DI PREPARAZIONE**  
**AI TEST DI INGRESSO PER MEDICINA E PROFESSIONI SANITARIE**

Dovrai provvedere alla sottoscrizione ed all'invio del modulo compilato e firmato prima dell'accesso al servizio.

***DATI DEL FREQUENTANTE***

<b>NOME</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>COGNOME</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>DATA DI NASCITA</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>LUOGO DI NASCITA</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>Indirizzo di Residenza (via / P.za / Viale ...)</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>CAP</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>CITTÀ</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>CODICE FISCALE</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>SCUOLA E CLASSE FREQUENTATA in corso</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>NAZIONALITA'</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>E-MAIL PER INVIO FATTURE</b> <small>Scrivere in stampatello</small>	@ <input style="width: 90%;" type="text"/>

**CONTATTI TELEFONICI DI RIFERIMENTO**

È importante indicare recapiti telefonici di reperibilità che ci consentano di contattarvi tempestivamente in caso di bisogno. È possibile indicare numeri di telefono di famigliari e amici diversi dai genitori nella casella "altro". In tal caso vi preghiamo di segnalare il nominativo e/o la parentela.

<b>CASA:</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>CELLULARE DEL FAMIGLIARE DI RIFERIMENTO:</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>NUMERO PERSONALE:</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>ALTRO (specificare):</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
<b>ALTRO (specificare):</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>

**INFORMAZIONI SULL'ISCRIZIONE**

Indicare la sede di lezione prescelta.

<b>SEDE DI ISCRIZIONE</b>	<input style="width: 90%;" type="text"/>
---------------------------	--

"IL CERCHIO" via Brescia, 59 - CREMONA

(compilare in stampatello)

**DATI INTESTATARIO FATTURA**  
**(da compilare solo in caso il frequentate sia minorenne o in caso la fattura sia da intestare ad una persona diversa dal frequentante)**

L'intestatario della fattura, se diverso dal frequentante, dev'essere un adulto affidatario convivente con il minore.

**Ad esso saranno fatturati i costi del servizio.**

Si richiede all'intestatario della fattura di allegare la carta regionale dei servizi.

**LEGAME DI PARENTELA CON IL RAGAZZO**  mamma  
 papà  
 altro

**NOME**

**COGNOME**

**DATA DI NASCITA**

**CODICE FISCALE**

**E-MAIL PER INVIO FATTURE** @   
*Scrivere in stampatello*

**Indirizzo di Residenza (via / P.za / Viale ...)**

**Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)**

**CAP**

**CITTÀ**

Per provvedere all'iscrizione del minore di cui alla pagina precedente, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000, n. 445 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

**D I C H I A R A**

Quanto segue con riferimento al ragazzo che intende iscrivere al servizio erogato da Brain Trainers presso IL CERCHIO Soc.Coop.Soc.

**INFORMAZIONI IMPORTANTI SUL RAGAZZO**

In questa sezione è importante inserire le informazioni richieste relative ai ragazzi, per garantire la loro sicurezza ed il loro benessere durante il servizio.

Il ragazzo è in stato di sana e robusta costituzione ed è idoneo alla partecipazione alle attività proposte  si  no

Il ragazzo ha patologie o situazioni sanitarie da segnalare? Se sì quali?

## DETTAGLI DEL CORSO

L'iscrizione effettiva viene confermata SOLO all'atto del pagamento.

Il corso si svilupperà durante la mattinata indicativamente tra le 9.00 e le 14.00. Saranno previste alcune lezioni serali di logica e cultura generale.

Il corso comprende

- Il servizio di approfondimento didattico così articolato:
  - 10 ore di matematica
  - 10 ore di fisica
  - 20 ore di logica e cultura generale
  - 20 ore di biologia
  - 40 ore di chimica
- Slide, appunti, materiale didattico fornito dai docenti
- La copertura assicurativa RCT della Cooperativa a tutela dei rischi di responsabilità civile verso terzi per danni cagionati dalla Cooperativa nell'ambito delle attività previste dal servizio in oggetto

Tipologia frequenza scelta (fino a due giorni settimanali)	Importo retta (€)
Corso Base	500,00 euro
Corso Base con promo "prima degli altri"	450,00 euro

## MODALITÀ DI PAGAMENTO

Con bonifico bancario Intesa San Paolo  
IBAN: IT47W0306909606100000130865

pagamento in un'unica soluzione

pagamento in due rate

Sconto applicato (compilazione a cura degli uffici del Cerchio)



## AUTORIZZAZIONI ESPLICITE

In questa sezione vi chiediamo di concederci (o meno) alcune autorizzazioni.

NOTA BENE: in assenza di alcuni consensi potremmo non essere in grado di accettare l'iscrizione.

---

La famiglia presta il suo consenso al trattamento ed al libero utilizzo della propria immagine personale ritratta all'interno di materiale fotografico, digitale, audio, video e multimediale riprese durante le attività svolte, dichiarando di essere consapevole che le immagini verranno pubblicate e diffuse sui canali di comunicazione della società quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo, volantini, locandine, poster, inviti, album, filmati pubblicitari, sito internet, social network, ecc... e prende atto che è espressamente escluso qualsiasi uso di dette immagini in contesti che possano pregiudicare la propria dignità personale ed il decoro; il sottoscritto dichiara altresì che l'autorizzazione all'utilizzo di tali immagini è liberamente e interamente concessa in forma gratuita, confermando di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato

si  no

---

La famiglia autorizza il proprio figlio ad entrare ed uscire dal Servizio in autonomia, autorizzando il personale della Cooperativa a congedare il minore agli orari stabiliti.

si  no

---

La famiglia richiede di essere informata nel caso in cui il minore esca dalla sede prima del termine delle attività.

si  no

---

La famiglia dichiara di aver ricevuto, letto ed accettato il contratto di servizio.

si  no

---

*Apponendo la firma in calce all'iscrizione Adulto 1 accetta in modo vincolante le condizioni di erogazione del servizio allegate al modulo, sottoscritte per accettazione esplicita e consegnate in copia all'atto dell'iscrizione. **In caso di unico firmatario, il genitore che firma dichiara che l'eventuale altro genitore del minore è al corrente e concorde con la presente iscrizione e con le autorizzazioni in essa contenute e rilasciate. Il firmatario espressamente manleva la Cooperativa da qualsiasi eventuale azione legale di risarcimento esercitata dall'altro genitore.***

**Luogo e data** \_\_\_\_\_

**Firma intestatario fattura:** \_\_\_\_\_