



DISTRETTO SOCIO-SANITARIO RM 5/6



AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI

Il sottoscritto (cognome e nome) _____

Nato a _____ il _____

residente in via _____ Citta' _____

C.F. _____

CHIEDE

Di partecipare al **PROGETTO SPERIMENTALE PER LE AUTONOMIE "GIOVANIFUORICLASSE"** gestito dalla Cooperativa Sociale "Il Melograno" presso "CASA AVE" in Via Colle Santo Stefano 9, 00038 Valmontone, dalle ore 8.00 alle ore 13.00 nei giorni: lunedì, mercoledì, venerdì nelle seguenti settimane:

- ☐ DAL 1 AL 5 LUGLIO 2019
- ☐ DALL'8 AL 12 LUGLIO 2019

Contatti telefonici _____

Eventuali allergie/intolleranze _____

Eventuali patologie mediche _____

Valmontone _____

Firma del genitore /tutore

Firma del partecipante

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI .

Il sottoscritto dichiaro di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 (codice privacy) e dell'articolo 13 del regolamento UE2016/679 (GDPR) in particolare riguardo ai diritti da me riconosciuti dalla legge ex art. 7 D.lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei dati personali indicate nella informativa stessa.

Data _____

FIRMA di entrambi i
genitori_____

Il/La sottoscritto/a _____ esprime il proprio consenso alla pubblicazione eventuale di fotografie e/o film riguardanti le attività del proprio figlio/a all'interno del PROGETTO SPERIMENTALE PER LE AUTONOMIE "*GIOVANIFUORICLASSE*".

Data _____

Firma Padre _____

Data _____

Firma Madre _____