



**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 \_\_\_\_\_