



In collaborazione con
l'Istituto Comprensivo di San Paolo d'Argon



Servizio affidato in gestione a



Modulo di iscrizione

DA CONSEGNARE ALLO **SPORTELLO SOCIO EDUCATIVO** DEL COMUNE DI SAN PAOLO D'ARGON

La sottoscritta/il sottoscritto.....
 Nata/o a.....il.....
 Residente a San Paolo D'Argon, in via.....
 Tel....., indirizzo posta elettronica.....
 in qualità di genitore

CHIEDE

L'iscrizione al servizio PROGETTO GIOVANI "BE.COM" per:

nome e cognome	data di nascita e classe frequentata

FIRMA DEL GENITORE.....

Con la presente gli operatori del servizio desiderano informare i genitori degli adolescenti iscritti che durante l'anno di attività verranno realizzate delle riprese audiovisive e/o fotografiche al fine di documentare le attività svolte. Questo materiale sarà utilizzato esclusivamente a scopo informativo e la sua visione sarà limitata al personale addetto, internamente al servizio.

PERTANTO E' VIETATO L'USO DI MACCHINE FOTOGRAFICHE E DI VIDEOCAMERE PRIVATE.

IL sottoscritto/la sottoscritta debitamente informato ai sensi degli articoli 13 e 23 del D.lgs. 30/06/2003, n. 196 e del regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari ex D.lgs. 30/06/2003 , approvato con deliberazione di C.C. n. 40 del 17/12/2005, e il GDPR – Regolamento Generale sulla Protezione Dati, in vigore in tutti i paesi dell'Unione Europea dal 25 maggio 2018 (*General Data Protection Regulation*, ufficialmente regolamento UE n. 2016/679), concede il proprio consenso al Comune, Parrocchia di San Paolo d'Argon, Consorzio Servizi ValCavallina e Coop. Crisalide, a trattare, conservare e trasmettere agli uffici preposti i dati personali acquisiti.

PER PRESA VISIONE E ACCETTAZIONE DEL GENITORE

FIRMA DEL GENITORE



In collaborazione con
l'Istituto Comprensivo di San Paolo d'Argon



Servizio affidato in gestione a



2. Di impegnarsi al ritiro del proprio figlio entro l'orario di chiusura stabilito consapevoli che oltre tale orario non verrà garantita la custodia;

PREMESSO CHE

intende esercitare in libertà la piena potestà sul minore nell'ottica di una completa realizzazione della personalità

AUTORIZZA SÌ NO

Il/La proprio/a figlio/a a tornare a casa in modo autonomo consapevole dei rischi ma anche che mio/a figlio/a è sufficientemente responsabile da affrontare in maniera autonoma il percorso di rientro e che tale percorso è sicuro liberando educatore, Amministrazione Comunale e Parrocchia ed i gestori Consorzio Servizi ValCavallina e Cooperativa Crisalide da qualsiasi vincolo di sorveglianza e responsabilità sul minore una volta uscito dal servizio, assumendomi la piena responsabilità di questa decisione, nell'esercizio dei miei diritti di genitore, ed essere stato ampiamente informato delle conseguenze.

AUTORIZZA SÌ NO

al ritiro del/la proprio/a figlio/a il/la signor/a

(allegare copia documento d'identità di tutte le persone indicate)

Nome e Cognome _____ Tel. _____

Nome e Cognome _____ Tel. _____

Previo accertamento di identità da parte del personale del progetto.

AUTORIZZA SÌ NO

Il personale del progetto ad accompagnare il/la proprio/a figlio/a nelle uscite per visita al paese, o per svolgere attività in altri luoghi del territorio.

COMUNICA

le seguenti **ALLERGIE e INTOLLERANZE** (specificare la tipologia: farmaci, pollini, polveri, muffe, alimenti, punture di insetti, altro)

e **AUTORIZZA SÌ NO**

il titolare a trattare queste informazioni per la gestione di eventuali attività che possono comportare il contatto con i suddetti allergeni.

Autorizziamo altresì i gestori del servizio Consorzio Servizi ValCavallina e Cooperativa Crisalide, nella persona del coordinatore del servizio (e dei suoi collaboratori): a coinvolgere, in modo immediato e diretto, noi genitori per aggiornarci e migliorare la partecipazione di nostro/a figlio/a alle diverse attività del progetto stesso.

San Paolo d'Argon, li _____

FIRMA _____