 

**MODULO DI ISCRIZIONE MINORI AL PROGETTO SHAKE YOUR TOWN**

**da lunedì 10 a venerdì 14 giugno 2024 tutti i giorni dalle 9:00 alle 14:00**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDO**

L’**ISCRIZIONE** del/della figlio/a al **PROGETTO SHAKE YOUR TOWN 2024** organizzato dalla cooperativa sociale L’impronta nel periodo **da lunedì 10 a venerdì 14 giugno 2024 tutti i giorni dalle 9:00 alle 14:00 (PRANZO INCLUSO).**

Il costo della settimana, pranzo incluso, è di 35€.
Per i residenti di Azzano San Paolo l'importo da versare è di 20 euro, il restante è ammortizzato dal contributo comunale per abbattimento del costo per le famiglie, se non già inseriti in altri progetti.

**DATI DEL/DELLA FIGLIO/FIGLIA**

*COGNOME E NOME DEL/LA* ***FIGLIO/A*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SEGNALAZIONI (informazioni da conoscere, assunzione farmaci, allergie…)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Per completare l’iscrizione è necessario inviare copia del presente modulo compilato al numero 3457616334.** Riceverete conferma dell’iscrizione e indicazioni per procedere con il pagamento.

DATA ……………………………………

FIRMA di un genitore………………...………………………………………………

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Il sottoscritto autorizza la Cooperativa Sociale L’Impronta alla raccolta e trattazione dei dati personali, per fini strettamente connessi al servizio in oggetto in osservanza della legge sulla tutela dei dati personali (GDPR 2016/679 e successive modificazioni).

DATA ……………………………………

FIRMA di un genitore………………...………………………………………………

**Debitamente informato/a ai sensi di legge, con la presente**

❑ AUTORIZZO ❑ NON AUTORIZZO

la Cooperativa Sociale L’Impronta ad effettuare riprese audiovisive di mio/a figlio/a realizzate dagli educatori e al trattamento delle immagini audiovisive prodotte di mio/a figlio/a, al solo fine di promuovere le attività, garantendo che le stesse saranno concesse solo a persone o enti della massima serietà in base al Dlgs 196/2003 e successive modificazioni sulla tutela della privacy, ricordandovi che in qualsiasi momento potrete esercitare tutti i diritti di cui all’art. 7 del sopra citato Decreto Legislativo.

DATA ……………………………………

FIRMA di un genitore………………...………………………………………………

**AUTORIZZAZIONE ALL’USCITA AUTONOMA DEL FIGLIO MINORENNE AL TERMINE DELL’ATTIVITA’**

Inoltre, acconsento all’**uscita autonoma** di mio/a figlio/a al termine dell’attività, senza la presenza di accompagnatori.

DATA ……………………………………

 FIRMA di un genitore………………...………………………………………………