



## **MODULO ISCRIZIONE CINELAB 2019**

Io sottoscritto (padre) \_\_\_\_\_

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

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Documento N° \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Numero di Cellulare \_\_\_\_\_

e io sottoscritta (madre) \_\_\_\_\_

nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Documento N° \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Numero di Cellulare \_\_\_\_\_

genitori del/la minore \_\_\_\_\_

nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Documento N° \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

### **CHIEDIAMO CHE NOSTRO/A FIGLIO/A VENGA ISCRITTO**

#### **AL PROGETTO LAB CINEMA**

segnare la preferenza

**PICCOLI:** 2-febbraio; 16-febbraio; 2-marzo; 16-marzo; 6-aprile; 27-aprile; 11-maggio; 18-maggio  
Dalle 15:00 alle 18:00

**GRANDI:** 26-gennaio; 9-febbraio; 23-febbraio; 9-marzo; 23-marzo; 30-marzo; 20-aprile; 4-maggio.  
Dalle 15:00 alle 18:00

**DOVE:**

Piazza unità dei popoli, 1 Colle di Val d'Elsa (SI)

**COSTO:**

100,00 € da saldare all'inizio del progetto.

In caso di mancata iscrizione nelle liste dei Soci dell'Associazione Dia.Te.So., i costi verranno maggiorati dell'IVA al 22%. L'iscrizione si intende confermata successivamente alla compilazione del modulo d'iscrizione ed al versamento della quota di partecipazione

**INFORMAZIONI:**

Dott.ssa Fracassi Alessia Cell. 3894687172

Dott.ssa Vitaro Rossella Cell. 3458476616

**AUTORIZZAZIONE RIPRESE VIDEO E FOTOGRAFICHE PER SCOPI DIDATTICI E/O PROMOZIONALI:**

SI

NO

DATA

\_\_\_\_\_

FIRMA DEL PADRE

\_\_\_\_\_

FIRMA DELLA MADRE

\_\_\_\_\_

**AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE**

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

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

residente a: \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

dichiara

che suo/a figlio/a: \_\_\_\_\_

- risulta essere in stato di buona salute

- è stata/o sottoposta/o a tutte le vaccinazioni obbligatorie per legge in base all'età

**SEGNALAZIONI:**

• Allergie: \_\_\_\_\_

• Intolleranze alimentari \_\_\_\_\_

Altri problemi di salute (fisici o psichici) di cui i genitori ritengono che gli educatori debbano essere a conoscenza \_\_\_\_\_

Dichiara inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e solleva l'Associazione di Promozione Sociale Dia.Te.So. da ogni responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo. Si allega, eventuale, certificato del pediatra e/o certificato di vaccinazione.

DATA

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DELLA MADRE

### **LEGGE SULLA PRAVACY**

Preso visione dell'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo numero 196 del 30 giugno 2003, recante il nuovo "Codice in materia di protezione dei dati personali", consento al loro trattamento in misura necessaria per il perseguimento degli scopi istituzionali. Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo n° 196/2003, recante disposizione sul nuovo "Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza. Tali dati verranno trattati per finalità istituzionali, quindi strettamente connesse e strumentali all'attività statutaria. Il trattamento dei dati avverrà mediante utilizzo di supporto telematico o cartaceo idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza. In relazione ai predetti trattamenti Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.lsg. N° 196/2003 (cancellazione, modifica, opposizione al trattamento).

DATA

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DELLA MADRE