



Città di Valdagno



COMUNE DI VALDAGNO
GREEN TEEN – ESPERIMENTI DI CIVILTÀ PG VALDAGNO
SCHEDA AUTORIZZAZIONI COMPLETE

Io sottoscritto/a _____

Nato a _____ Il _____ Residente a _____

In Via _____ N. _____

Telefono _____ Cellulare _____ E-Mail _____

Genitore di _____ Nato/a a _____

Il _____

Tutela della privacy: Il conferimento dei dati indicati è **obbligatorio** ai fini dell'ottenimento del servizio richiesto. Studio Progetto soc. coop. soc. tratta i dati personali e sensibili strettamente necessari per fornire i servizi richiesti in conformità con quanto stabilito ai sensi degli art. 13 e 14 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR") e nel rispetto del D. Lgs. n.196/03 (in seguito, "Codice Privacy" come modificato dal D.Lgs 101/18), anche in via elettronica, dai soggetti specificatamente autorizzati. Lei ha diritto, ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, di conoscere quali siano i dati registrati presso di noi che riguardano suo figlio, di chiederne la variazione o cancellazione ed opporsi al loro trattamento, salvo l'impossibilità di fornire i servizi. L'**Informativa Completa** è disponibile al link <http://www.studioprogetto.org/studio-progetto/privacy>.

A seguito di quanto descritto, riguardo alla **PRIVACY, AUTORIZZO** il trattamento dei dati personali e sensibili miei e di mio figlio per le finalità del Servizio e nei limiti stabiliti dalla Legge sulla Privacy e la trasmissione dei dati ai relativi enti di accoglienza solo per necessità di contatto in relazione al progetto. sì no

Riguardo a **FOTO e FILMATI, AUTORIZZO** l'utilizzo di riprese audio-video e di fotografie, la loro visione e duplicazione, nelle quali sia ripreso mio/a figlio/a per le attività e la promozione del Servizio. sì no

AUTORIZZO l'utilizzo delle stesse per le attività e la promozione della Cooperativa, anche tramite il sito web e le reti sociali sì no

DICHIARO di essere **CONSAPEVOLE** che mio/a figlio/a svolgerà le attività di volontariato **presso Enti terzi** rispetto al servizio Progetto Giovani e alla Cooperativa Studio Progetto, esonerando la Cooperativa e gli Enti di accoglienza da ogni responsabilità in ordine a danni a persone e/o cose causati dal figlio/a

Mi impegno a versare la QUOTA di € 5,00 a parziale copertura delle spese per l'assicurazione (garanzia infortuni e responsabilità civile)

Riguardo a **PARTICOLARI ESIGENZE**, DICHIARO che

Mio figlio necessita delle seguenti particolari attenzioni (indicare ad es. caratteristiche personali, esigenze, allergie, farmaci salvavita ecc). Queste informazioni saranno comunicate al/gli ente/i ospitante/i:

Gli organizzatori e le associazioni ospitanti non sono responsabili di quanto possa accadere ai frequentanti prima o dopo l'orario di funzionamento. Sarà premura dell'ente di riferimento attendere che tutti i volontari lascino in forma accompagnata o autonoma la sede dell'attività.

Autorizzo pertanto mi* figli* a lasciare la sede dell'attività in autonomia

sì no

Se no, il minore sarà accompagnato/prelevato dal* signor* _____

Allego documento d'identità.

Valdagno, _____

Firma del genitore _____