

I sottoscritt \_\_\_\_\_

documento \_\_\_\_\_ numero \_\_\_\_\_

(specificare nome e data di nascita dell'altro genitore: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_)

**chiede che**

il minore \_\_\_\_\_ di cui si è padre/madre/tutore(\*)

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

piazza/via \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

recapiti telefonici \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

scuola e classe frequentate \_\_\_\_\_

sia iscritto a Città dei Ragazzi,

autorizzandolo a partecipare a tutte le attività cui desidera aderire incluse visite istruttive, gite o altre attività svolte all'esterno delle strutture. Autorizzo altresì gli operatori e le operatrici di Città dei Ragazzi ad effettuare e pubblicare, senza limitazione alcuna e senza compenso, fotografie, registrazioni video e audio riproducenti l'immagine di mi\_ figli\_

**D I C H I A R A**

- di essere stato informato che per gli utenti iscritti alla struttura è stipulata polizza assicurativa R.C.,
- di aver ricevuto, all'atto dell'iscrizione, informativa relativa al trattamento dei dati personali (ai sensi del Nuovo Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali GDPR) e di essere stato informato, in particolare, che i dati personali sopra riportati saranno utilizzati esclusivamente per gli scopi istituzionali o a fini statistici e mai, per nessun motivo, divulgati;
- di autorizzare Città dei Ragazzi ad inviare all'iscritto/a materiale informativo riguardante la struttura e le sue attività;
- di aver preso visione, di condividere e di accettare il regolamento della struttura
- di versare € 10,00 come costo di iscrizione annuale alla struttura (valida fino al 31/12/2019)
- che il proprio figlio:  non è affiancato da docenti di sostegno  è affiancato da docenti di sostegno
- che il proprio figlio, come certificato dal proprio medico di base, è in condizioni di sana e robusta costituzione
- che il proprio figlio:  non è affetto da specifiche patologie  è affetto da \_\_\_\_\_  
 è in una situazione di bisogni speciali come da allegata certificazione specialistica e/o segnalazione da parte dei presidi socio sanitari territoriali.

Firma Genitore/Tutore \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

\* eliminare la dicitura che non interessa

