


NOME E COGNOME GENITORE O ALLIEVO MAGGIORENNE:

NOME E COGNOME ALLIEVO MINORENNE: _____

IL SOTTOSCRITTO/A DICHIARA:

Di aver letto e approvato il Regolamento della scuola e di aver ricevuto l'informativa completa del consenso informato e di averla letta e approvata

 Firma _____


CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Essendo stato informato:

- “ dell'identità del titolare del trattamento dei dati;
- “ dell'identità del Responsabile della protezione dei dati;
- “ della modalità con le quali il trattamento avviene;
- “ delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali dell'iscritto/a
- “ del diritto alla revoca del consenso.


IL SOTTOSCRITTO/A ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa ricevuta.

 Firma: _____

INFORMATIVA TUTELA DELL'IMMAGINE:.

Ai sensi della legge 633/1941 (Tutela dell'immagine), la informiamo che le immagini dell'iscritto/a potranno essere esposte, riprodotte e archiviate nel pieno rispetto dei principi previsti dalla norma. Le immagini potranno essere esposte presso i locali dell'Associazione o utilizzate a scopo di divulgare l'attività svolta dall'Associazione, mediante mezzi cartacei (volantini pubblicitari), elettronici (mail o siti internet) e/o telematici, ma non messe in commercio. Il conferimento dell'autorizzazione all'uso delle immagini è facoltativa e non obbligatoria, tuttavia il mancato conferimento impedirà il perseguimento del fine suddetto. Il titolare del trattamento designato è il legale rappresentante; lei come interessato (o come rappresentante del minore) potrà esercitare in ogni momento i diritti previsti dalla legge 633/1941, inoltrando richiesta all'indirizzo dell'associazione.

 Firma per il consenso concesso: _____

IL SOTTOSCRITTO/A DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA':

che l'iscritto/a non parteciperà alle lezioni se presenta sintomi influenzali (tosse, febbre superiore a 37,5° etc..)

 Firma: _____

LUOGO E DATA: _____