



ELPIS CAMPUS 2024

"DAI TALENTI ALLA SPERANZA"

Dati del partecipante da compilare in chiaro e in stampatello

COGNOME NOME

SESSO MASCHIO FEMMINA

LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA ____ / ____ / ____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDIRIZZO DI RESIDENZA CAP

COMUNE PROVINCIA

HA FREQUENTATO LA SCUOLA CLASSE E SEZIONE

TELEFONO GENITORI

ALTRI RECAPITI

E-MAIL@.....

ACCONSENSO A RICEVERE INFORMAZIONI PER E-MAIL

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

NUOVO PARTECIPANTE HO GIÁ PARTECIPATO NEGLI ANNI PRECEDENTI

TURNI ESTATE 2024

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1a Settimana - 3/7 Giugno | <input type="checkbox"/> 8a Settimana - 22/26 Luglio |
| <input type="checkbox"/> 2a Settimana - 10/14 Giugno | <input type="checkbox"/> 9a Settimana - 29 Luglio/02 Agosto |
| <input type="checkbox"/> 3a Settimana - 17/21 Giugno | <input type="checkbox"/> 10a Settimana - 05/09 Agosto |
| <input type="checkbox"/> 4a Settimana - 24/28 Giugno | <input type="checkbox"/> 11a Settimana - 12/16 Agosto |
| <input type="checkbox"/> 5a Settimana - 1/5 Luglio | <input type="checkbox"/> 12a Settimana - 19/23 Agosto |
| <input type="checkbox"/> 6a Settimana - 8/12 Luglio | <input type="checkbox"/> 13a Settimana - 26/30 Agosto |
| <input type="checkbox"/> 7a Settimana - 15/19 Luglio | |

FIRMA PER PRESA.VISIONE DELLE AUTORIZZAZIONI*

FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI (O CHI NE FA LE VECI)

.....
.....

AUTORIZZAZIONI

Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare a Elpis Campus Estate 2024, iniziativa promossa dall'Associazione Elpis con sede legale in via Macario n. 15, San Giovanni Rotondo.

Esonero la società organizzatrice da qualunque responsabilità, in relazione a danni alle persone o a cose che dovessero essere provocati da mio/a figlio/a durante lo svolgimento delle attività. La suddetta autorizzazione ha effetto liberatorio senza corresponsione di corrispettivo di sorta, indennità o risarcimento. Preso atto del programma, del regolamento, delle condizioni, dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali e del relativo consenso prestato, dichiaro che i dati sono stati forniti spontaneamente e chiedo che mio-figlio/a sia iscritto/a Elpis Campus Estate 2024.

MANIFESTAZIONE DI CONSENSO

I sottoscritti/Il/La sottoscritto/a
nome e cognome del genitore/tutore

nato/a il ____ / ____ / ____

nome e cognome del genitore/tutore

nato/a il ____ / ____ / ____

dopo aver letto e compreso l'Informativa sopra riportata, relativamente all'Immagine di (nome e cognome del minore) nato il ____ / ____ / ____ (il "Minore") di cui gli Autorizzanti/l'Autorizzante dichiarano/dichiara di essere i/il/la legali/e rappresentanti/e, con la presente

AUTORIZZO

NON AUTORIZZO

L'associazione Elpis all'utilizzo, a titolo totalmente gratuito, dell'Immagine del Minore ottenuta nell'ambito delle attività di Elpis Campus, per la finalità di Pubblicazione delle Immagini.

L'associazione garantisce che non userà l'Immagine in contesti e modalità che pregiudichino la dignità personale ed il decoro del Minore. L'Autorizzazione è valida dalla data odierna sino all'opposizione da parte degli/dell'Autorizzanti/e o del Minore, raggiunta la maggiore età.

Gli/Il/La Autorizzanti/e dichiarano/dichiara sotto la propria responsabilità: a) di essere i/il/la legali/e rappresentanti/e del Minore ed essere legittimati/o/a a decidere, disporre ed autorizzare terzi, in qualunque forma o modo, all'esercizio dei diritti di cui all'Autorizzazione come concessa, così tenendo indenne CUS PARMA da qualsivoglia responsabilità al riguardo; b) che i dati identificativi su riportati degli/dell'Autorizzanti/e e del Minore corrispondono effettivamente alla loro vera identità e; c) che la partecipazione del Minore alla realizzazione delle riprese audio visive e degli scatti di cui sopra avviene a titolo gratuito e di cedere all'associazione Elpis, titolo definitivo i diritti di sfruttamento dell'Immagine nonché delle registrazioni audio e/o video secondo le modalità di cui sopra, sempre a titolo gratuito, rinunciando sin d'ora a qualsiasi pretesa.

I/Il/La sottoscritti/o/a dichiarano/dichiara altresì di:

ACCONSENTIRE

NON ACCONSENTIRE

al trattamento dei Dati Particolari (i.e dati relativi alle condizioni di salute del Minore) per l'apposita finalità indicata al paragrafo 3 dell'Informativa.

LUOGO E DATA

.....

____ / ____ / ____

FIRMA PER PRESA VISIONE DELLE AUTORIZZAZIONI*
FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI (O CHI NE FA LE VECI)

.....

.....

* In qualità di esercente la responsabilità genitoriale, il genitore firmatario (o altro esercente la responsabilità), sottoscrivendo il presente modulo si assume la responsabilità di informare adeguatamente l'altro genitore (o altro esercente la responsabilità), e dichiara di agire e sottoscrivere il presente modulo in pieno accordo con il coniuge o altro esercente la responsabilità genitoriale