

NOMINATIVO PARTECIPANTE: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

SEZIONE PER I GENITORI:

PADRE/MADRE : COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
INDIRIZZO \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

SI AUTORIZZA IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A:

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

DATA E LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

A PARTECIPARE A UNO O PIU' CAMPUS (specificare date)

1)TURNO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ 2) TURNO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

3)TURNO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ 4) TURNO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

5)TURNO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ 6)TURNO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

7)TURNO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ 8)TURNO DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GENITORE \_\_\_\_\_

IL GENITORE AL MOMENTO DELLA **CONSEGNA DEL CERTIFICATO MEDICO** dichiara eventuali Patologie gravi (sia presenti che passate). Specificare per le patologie presenti la cura da seguire(farmaci e regole alimentari). Specificare eventuali intolleranze alimentare e la dieta da seguire: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto genitore si impegna a fornire al proprio figlio per l'intera durata del Campus tutti i farmaci necessari a seguire eventuali terapie collegate a patologie presenti Eventuali farmaci lasciati dai genitori ai figli dovranno essere dichiarati alla direzione del campus

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

La informiamo che presso la nostra società è effettuato il trattamento dei suoi dati personali nel pieno rispetto del D.Lgs 196/03NUOVO REGOLAMENTO EUROPEO SULLA PRIVACY 2016/679.

In base al seguente regolamento le segnaliamo in maniera chiara e completa che:

a) a) I dati saranno utilizzati ai fini di statistiche di eventuali ricerche di mercato sempre nel settore legato;

b) b) Il responsabile della privacy (Dpo) è individuato nella figura del Presidente (amministratore srl)

c) c) In qualsiasi momento su mia richiesta i dati potranno essere cancellati dalla vs realtà sociale senza nessuna memoria o salvataggio in merito alla vs documentazione

d) d) Al fine di poter svolgere quanto sopra è necessario che vi sia una mia dichiarazione esplicita di consenso che si allega a margine del seguente documento

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ sono stato ampiamente informato dell'utilizzo dei miei dati da parte della società in base al regolamento europeo 2016/679 e do il mio esplicito consenso affinché i dati personali del figlio/a..... vengano utilizzati sia a fini di natura sportiva sia a fini di commerciale o dati statistici sia nelle pubblicazioni web della società

Data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Per pagamento quota:

-presso segreteria dell'impianto la settimana precedente rispetto quella segnata

-tramite bonifico bancario iban: IT43D0623049773000046640592