



Baby ludoparkingnotturno giocalestelle

** i campi contrassegnati dall'asterisco sono obbligatori*

___ I ___ sottoscritto/a* _____ nato/a _____

(nome e cognome)

prov _____ il _____ residente a* _____

in via _____ e-mail _____

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a * _____

(nome e cognome)

nato/a a _____ prov _____ il _____ di anni * _____

di poter usufruire del servizio di Baby parking notturno

NUMERI DI TELEFONO PER CHIAMATE URGENTI (telefoni fissi o cellulari)

Da utilizzare in caso di necessità durante le ore di attività del baby parking

Cellulare (specificare grado parentela)	
Cellulare (specificare grado parentela)	
Altro numero di riferimento:	

ESONERO

☐ Autorizzo ☐ non autorizzo la Cooperativa Il Sicomoro ad utilizzare immagini filmate e fotografate di mio/a figlio/a, riprese durante le attività, al solo fine di realizzare la documentazione dell'attività educativa, rinunciando fin d'ora a qualsiasi pretesa economica a riguardo.

Firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto _____ genitore di _____ frequentante il servizio di Baby parking notturno, ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, manifesta il proprio consenso al trattamento dei dati personali e del minore, nell'ambito delle attività del progetto e per tutte le finalità ad esso connesse.

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare qualunque variazione dei dati rilasciati, con particolare riferimento ai recapiti telefonici da utilizzare in caso di necessità.

Firma _____