



MODULO DI AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE PER MINORI

Il/la sottoscritto/a _____

In qualità di genitore/esercente la potestà genitoriale/tutore legale del minore

(ripetere per tutti i soggetti legittimati)

A U T O R I Z Z O

Il/la minore _____ nato/a a _____

il ___ / ___ / _____ a partecipare al campo "Manovra Parco - PNA ed. 2024" (barrare il turno)

- 1° turno dal 03.08.2024 al 10.08.2024
 2° turno dal 01.08.2024 al 17.08.2024
 3° turno dal 17.08.2024 al 24.08.2024
 4° turno dal 24.08.2024 al 31.08.2024

Dichiaro altresì di essere stato messo a conoscenza nelle opportune forme e delle modalità di effettuazione della suddetta iniziativa.

Firmato dal genitore/rappresentante/tutore legale:

Data: ___ / ___ / _____

Firma: _____

Associazione della Croce Rossa Italiana – Organizzazione di Volontariato
Comitato Regionale Abruzzo

Iscrizione rep.n.64351 Registro Unico del Terzo Settore
Sede legale: Via Bernardino Ramazzini, 31 - 00151 Roma

C.F. e P.IVA 13669721006

tel: +39 0862 - 25050

mail: abruzzo@cri.it

pec: cr.abruzzo@cert.cri.it



Dichiarazione di consenso (ai sensi dell'art. 7 del GDPR 2016/679 e della normativa nazionale vigente)

Il/la/i sottoscritt* come sopra enucleati dichiara / dichiarano, in nome e per conto del minore sopra riportato di

Informativa privacy

- aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679 e della normativa nazionale vigente
- non aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR 2016/679 e della normativa nazionale vigente

Trattamento "a" – Dati Comuni Personali (dati anagrafici, recapiti telefonici e telematici, comitato appartenenza, qualifiche professionali, codici identificativi, esperienze associative)

- Autorizza al trattamento
- Non autorizza

Trattamento "b" – Dati Particolari Sanitari

- Autorizza al trattamento
- Non autorizza

Trattamento "c" – Dati Comuni Personali (Immagini / Voci)

- Autorizza al trattamento
- Non autorizza

Tutte le autorizzazioni rilasciate dal/dai sottoscritto/i potranno essere revocate in ogni momento solo a mezzo lettera raccomandata A.R. a Voi indirizzata e detta revoca avrà effetto dal giorno successivo a quello di ricevimento di detta raccomandata. In merito sono comunque fatti salvi i trattamenti imposti in osservanza delle vigenti leggi.

Luogo _____

Data ____ / ____ / ____

Il Genitore o Chi ne fa le veci

Associazione della Croce Rossa Italiana – Organizzazione di Volontariato
Comitato Regionale Abruzzo

Iscrizione rep.n.64351 Registro Unico del Terzo Settore
Sede legale: Via Bernardino Ramazzini, 31 - 00151 Roma
C.F. e P.IVA 13669721006
tel: +39 0862 - 25050
mail: abruzzo@cri.it
pec: cr.abruzzo@cert.cri.it