

MODULO D'ISCRIZIONE

CENTRO ESTIVO A TUTTA ESTATE 2024

Il sottoscritto (genitore) _____

Nato a _____ (_____) il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Genitore del bambino _____ Sesso _____

Nato/a _____ (_____) il _____

Codice Fiscale (bambino) _____

Telefono _____ indirizzo email _____

Documentazione presentata a corredo della domanda di iscrizione (allegare):

Segnalazione di sostegno e/o disabilità

Dieta (allergie, intolleranze ecc.)

Delego al ritiro le seguenti persone:

1)

2)

Diritto d'immagine: Con l'iscrizione al Centro Estivo "A tutta estate", autorizzo gli organizzatori ad utilizzare le immagini fisse o in movimento prese durante il periodo di partecipazione al camp su tutti i supporti compresi i materiali pubblicitari e promozionali.

FIRMA GENITORE _____

Settimana	Barrare la scelta	
	Tempo pieno	Mezza giornata
10/06 - 14/06		
17/06 - 21/06		
24/06 - 28/06		
01/07 - 05/07		
08/07 - 12/07		
15/07 - 19/07		
22/07 - 26/07		

Settimana	Barrare la scelta	
	Tempo pieno	Mezza giornata
29/07 - 02/08		
05/08 - 09/08		
12/08 - 16/08 (*)		
19/08 - 23/08		
26/08 - 30/09		
02/09 - 06/09		
9/09 - 13/09		

INFORMATIVA

Ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo n. 196/2003, recante disposizioni sul nuovo "Codice in materia di protezione dei dati personali" si informa che i dati da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza. Tali dati verranno trattati per finalità istituzionali, quindi strettamente connesse e strumentali all'attività dell'Associazione "U.S. RENO MOLINELLA 1911 ASD".

Il trattamento dei dati sarà svolto in forma automatizzata e manuale, ad opera di soggetti di ciò appositamente incaricati; a tal fine gli strumenti utilizzati e le modalità del trattamento saranno idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati.

In relazione ai predetti trattamenti Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del decreto legislativo citato, in particolare potrà ottenere, a cura del titolare o del responsabile della banca dati senza ritardo:

1. la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge;
2. l'aggiornamento, la rettifica ovvero, qualora vi abbia interesse, l'integrazione dei dati;
3. di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
4. di opporsi, in tutto o in parte, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, previsto a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale interattiva e di essere informato dal titolare, non oltre il momento in cui i dati sono comunicati o diffusi, della possibilità di esercitare gratuitamente tale diritto.

Comunichiamo che Titolare del trattamento è U.S. RENO MOLINELLA 1911 ASD, con sede in Molinella (BO), Via P. Fabbri n. 2, responsabile del trattamento è MONTI ANDREA in qualità di Presidente della "U.S. RENO MOLINELLA 1911 ASD".

Preso visione dell'informativa presto il consenso al trattamento dei miei dati personali per i seguenti fini: - ricevimento di comunicazioni cartacee o elettroniche (newsletter/email) con informazioni in merito all'attività dell'Associazione.

Presto il consenso: SI NO

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto _____, nato a _____
il _____ residente in _____, Via _____

_, dichiara di:

- 1) aver letto la presente informativa in merito al trattamento dei propri dati personali;
- 2) autorizzare il trattamento dei dati personali nella modalità indicata dalla presente informativa e in base al D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche.

_____, li ___ / ___ / _____ Firma: _____

N.B. Il presente modulo, per la sua validità, dovrà essere consegnato al Presidente o al Segretario, in alternativa ad un membro del Consiglio Direttivo, di persona, via mail o tramite altro mezzo che assicuri l'avvenuta ricezione

SCHEDA SANITARIA PER MINORI - SANITARY CARD FOR MINORS

cognome-surname	nome-first name
Luogo e data di nascita – place and date of birth	nazionalità – nationality
Residenza, indirizzo, telefono – domicile, complete address, phone	
Medico curante – doctor in charge	Codice Fiscale: AUSL

**VACCINAZIONI - MALATTIE PREGRESSE
VAC C I N A T I O N S - P R E V I O U S D I S E A S E S**

Morbillo Measles	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/>		Malattia pregressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>
Parotite Mumps	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/>		Malattia pregressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>
Rosolia Rubella	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/>		Malattia pregressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>
Pertosse Whooping-cough	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/>		Malattia pregressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>
Varicella Varicella	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/>		Malattia pregressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>
Tetano Tetanus	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/>			
		No <input type="checkbox"/>			
Epatite B Hepatitis B	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/>		Malattia pregressa - Previous disease	Si-Yes <input type="checkbox"/>
		No <input type="checkbox"/>			No <input type="checkbox"/>
Meningococco C Meningococcal C	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes <input type="checkbox"/>			
		No <input type="checkbox"/>			

ALLERGIE – ALLERGIES

	specificare - specify
Farmaci - D rugs	
Pollini - Pollens	
Polveri - Dusts	
Muffe - Moulds	
Punture di insetti - Insect stings	

Intolleranze alimentari – Food intolerances: _____

Altro - Other diseases: _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – Included papers concerning diseases and therapies in progress:

Data - date	Firma di chi esercita la potestà parentale Signature of the person exercising parental authority
-------------	---