



## DATI PERSONALI E AUTORIZZAZIONI

NOME E COGNOME BAMBINO/A: \_\_\_\_\_

NUMERI UTILI: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

USCITE SUL TERRITORIO: Autorizzo  Non autorizzo

FOTO/VIDEO: Autorizzo  Non autorizzo

PUBBLICAZIONE IMMAGINI SU INTERNET: Autorizzo  Non autorizzo

A RICHIEDERE L'INTERVENTO DEL SERVIZIO 118 IN CASO DI INCIDENTE DURANTE L'ORARIO DI

SVOLGIMENTO DEL SERVIZIO: Autorizzo  Non autorizzo

PERSONE AUTORIZZATE A PRELEVARE IL RAGAZZO/A:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

INTOLLERANZE/ALLERGIE ALIMENTARI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ALTRE SEGNALAZIONI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_



**TESSERAMENTO**  
**"ARCHIMEDE IDEE IN MOVIMENTO"**

Spett.le ASD Archimede Idee in Movimento,  
Via Fratelli Varalli 36, 13019 Roccapietra VC,  
**C.F. 91018330026 P.IVA 02576150029**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ , nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_)  
il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ,  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ ,tel. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ ,

quale esercente la potestà genitoriale sul minore \_\_\_\_\_, nato/a a  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ ,

**CHIEDE**

Ai fini assicurativi (obbligatorio per la frequenza al servizio 2018-2019), di iscrivere il minore alla UISP in qualità di tesserato all' Associazione "Archimede Idee in Movimento"

**DICHIARA**

Inoltre di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 e in relazione all'informativa fornita. In particolare si presta il consenso al trattamento dei dati personali per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_