

Richiesta d'iscrizione al progetto HUB DELLA CONOSCENZA - percorsi di appartenenza territoriale

Il/La sottoscritto/a

padre/madre di: Nome

Cognome:

Nato/a a:

Prov. ()

il / /

e residente in Via

n°

CAP

del Comune di

Prov. di ()

Codice Fiscale

Telefono:

e-mail:

dichiarando sotto la propria personale responsabilità di:

- aver preso atto del progetto **HUB DELLA CONOSCENZA - percorsi di appartenenza territoriale;**
- aver letto, compreso ed accettato gli obiettivi, scopi e finalità del Progetto HUB DELLA CONOSCENZA - percorsi di appartenenza territoriale;

CHIEDE

che il proprio figlio/la propria figlia sia ammesso/a a far parte del Progetto HUB DELLA CONOSCENZA - percorsi di appartenenza territoriale.

Data,

Firma

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 10 DELLA LEGGE 675/96

I dati personali acquisiti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento e la gestione delle attività legate agli scopi della comunità. Ai sensi dell'art. 13 della L. 675/96, ha il diritto di accedere ai propri dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco. Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei dati.

AUTORIZZANO

Affinché il minore di cui sopra partecipi e venga ritratto, in foto e/o video, durante lo svolgimento di attività didattiche e progettuali organizzate da Effetto Rete Cooperativa Sociale all'interno del progetto: HUB DELLA CONOSCENZA - percorsi di appartenenza territoriale, dando il pieno consenso alla possibile diffusione delle stesse sui canali social della Cooperativa, quotidiani online, reti TV nazionali e locali. Sollevando i responsabili del progetto da ogni responsabilità inerente un uso scorretto dei dati personali forniti e delle foto da parte di terzi.

Data: ___ / ___ / _____

Firma