

**ISTITUTO COMPRENSIVO DI SISSA TRECASALI**

Piazzale Gianni Rodari n. 1 Loc. Trecasali - 43018 Sissa Trecasali (PR)

Sito WEB: www.icsissatrecasali.it Tel. 0521/878301PEO: pric805003@istruzione.it - PEC: pric805003@pec.istruzione.it

All.1

Data e protocollo come da segnatura

LIBERATORIA PER TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I sottoscritti genitori (Nome e cognome dei genitori e/o tutori):

Nome	Nome																																								
Cognome	Cognome																																								
Nato/a il/...../..... a	Nato/a il/...../..... a																																								
....., in provincia di (.....), residente a, in provincia di (.....), residente a																																								
Pr.	Pr.																																								
C.F. <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					C.F. <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

In qualità di tutore/tutrice legale del/della minorenni:

(Nome e cognome del minore) nato/a il/...../.....,
a Pr. (.....), residente a Pr. (.....),

C.F.																			
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ACCONSENTONO

Al trattamento dei dati personali del___ propri___ figli___, nell'ambito dell'evento sportivo FINALE GIOCHIADI-Edizione 2025, organizzato da CSEN COMITATO DI PARMA.

La presente autorizzazione non consente il trattamento dei dati personali per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati.

Il titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra.

Ai sensi di quanto previsto dal D. Lgs 196/2003 art. 7 in qualsiasi momento potranno avvalersi del diritto di revocare l'autorizzazione al trattamento dei dati personali con comunicazione scritta.

DICHIARANO

sotto la loro esclusiva responsabilità che l'alunno/a minore è:

AUTORIZZATO/A a PARTECIPARE all'evento, mallemando l'Istituto nonché i docenti accompagnatori da responsabilità per atti, fatti e/o circostanze che dovessero verificarsi per il mancato rispetto di disposizioni impartite dall'Istituto e dai docenti nonché per gli infortuni ed i danni causati dall'inosservanza di ordini e/o prescrizioni;

affetto/a da allergie e/o intolleranze alimentari che seguono (scrivere NULLA se non affetto/a) (in caso di allergie e/o intolleranze alimentari specificare cibi alternativi da somministrare)

affetto/a da allergie da farmaco o di altro tipo che seguono (scrivere NULLA se non affetto/a)

autorizzato/a ad assumere in caso di bisogno, sotto il controllo di un docente e secondo prescrizione medica, i farmaci con posologia che seguono (scrivere NULLA se non autorizzato/a)

Informazioni e dati sensibili forniti con il presente modulo verranno trattati, ai sensi del D.Lgs 196/2003 ss.mm.ii., esclusivamente per fini istituzionali: in specie, la sottoscrizione autorizza il trattamento per comunicazioni ad operatori economici ed enti pubblici e privati interessati all'evento.

Si invitano i gentili genitori a compilare e restituire ai docenti di classe il modulo in calce.

Firme leggibili

.....

.....

Luogo

Data / /.....

È necessario che entrambi i genitori appongano la firma.

In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore.....
(firma)