

AUTORIZZAZIONE
Campo Diocesano ACR
Diocesi di Aversa



IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....
(nome e cognome del genitore)

NATO/A A..... IL..... CF

RESIDENTE A IN VIA.....

CELLULARE..... TELEFONO.....

GENITORE DI
(nome e cognome del partecipante al Campo Diocesano)

NATO/A A..... IL..... CF

RESIDENTE A IN VIA.....

CELLULARE..... TELEFONO.....

SOCIO DELL'AC SI NO

CHIEDE

che il/la proprio/a figlio/a partecipi al **Campo Scuola Diocesano ACR** organizzato dall'Azione Cattolica della Diocesi di Aversa, dal **28 giugno al 1 Luglio 2018** presso la struttura "Ex seminario vescovile" - Largo ginnasiale, Sant'Andrea di Conza (AV).

DICHIARA

che il/la proprio/a figlio/a è affetto dalle seguenti patologie__

Che il/la proprio/a figlio/a fa uso dei seguenti farmaci__ _

Che il/la proprio/a figlio/a è intollerante o allergico a__

Che L'Azione Cattolica e i suoi collaboratori sono esonerati da ogni responsabilità.

AUTORIZZA

- l'AC diocesana al trattamento dei dati personali limitatamente alle finalità del Campo Scuola nel rispetto dei limiti posti dal codice in materia di protezione dei dati personali;
- l'AC diocesana o chi da essa incaricato ad effettuare a titolo gratuito, fotografie, riprese video/audio del proprio figlio/a durante le attività del campo scuola per finalità didattiche e/o di documentazione del lavoro svolto, l'utilizzo la riproduzione e la rappresentazione di fotografie e riprese audio/video su ogni tipo di supporto (cartaceo, magnetico, digitale, telematico, ecc.) esclusivamente per gli scopi associativi. Come da D.Lgs. n°196 del 2003 potrò in qualsiasi momento chiederne la cancellazione.
- Il figlio/a a partecipare a tutte le attività previste, compresa la possibilità di svolgere attività fuori dalla struttura.

Luogo e Data

.....

Firma Leggibile

.....
(del genitore o tutore)