

## MODULO DI RICHIESTA D'ISCRIZIONE

Io sottoscritto (GENITORE): \_\_\_\_\_ Nato a: \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Cellulare\*\* \_\_\_\_\_ Telefono Casa \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Documento identità n° \_\_\_\_\_ rilasciata dal \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ (allegare fotocopia del documento)

### DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Di essere il padre/la madre esercente la potestà personale sul minore

Nome e Cognome (MINORE) \_\_\_\_\_ (allegare fototessera)

Sesso \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Dichiaro di essere pienamente a conoscenza delle finalità, del programma e del regolamento inerente all'evento "CAMPO SCUOLA - Anch'io sono la Protezione Civile 2025" anche in nome e per conto dell'altro genitore.

Sono pertanto con la presente a CHIEDERE che il figlio/a partecipi all'evento

"CAMPO SCUOLA ANCH'IO SONO LA PROTEZIONE CIVILE 2025".

Dal 02 al 06 LUGLIO 2025

### DATI RELATIVI A EVENTUALI PRESCRIZIONI RELATIVE AL MINORE

|                                                                                                                           |                          |        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------|
| TIPOLOGIA DI ALIMENTAZIONE (indicare particolari intolleranze, allergie o cibi che non si mangiano per fattori religiosi) |                          |        |
| Eventuali ulteriori allergie non alimentari                                                                               |                          |        |
| DELEGO TERZI AL RITIRO DEL MINORE*                                                                                        | SI<br>(compilare modulo) | N<br>O |
| SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI PROGRAMMATA*                                                                                  | SI<br>(compilare modulo) | N<br>O |

Autorizzo inoltre l'Associazione PCV Cinofili Odv di Palazzolo Vercellese o chi da esso autorizzato ad effettuare riprese e video ed ad utilizzarle per la diffusione delle immagini dell'iniziativa svolta.

\*\* NB: il recapito telefonico indicato dovrà essere attivo H24 durante l'interdurata del CAMPO SCUOLA

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, ai sensi **GDPR Regolamento Generale sulla Protezione Dati e del D.Lgs. 101/2018.**

° Il minore ha mai partecipato negli anni precedenti ad eventi tipo **VITA da CAMPO** o **CAMPO SCUOLA**

SI (barrare sul SI e indicare quale tipo di evento \_\_\_\_\_ VITA da CAMPO Anno \_\_\_\_\_ CAMPO SCUOLA Anno \_\_\_\_\_)

NO (barrare sul NO)

Firma GENITORE \_\_\_\_\_ Firma GENITORE \_\_\_\_\_