

## MODULO DI CONSENSO TRATTAMENTO DATI PERSONALI

Cesenatico il \_\_\_\_\_,

Il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov.(\_\_),

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_), in via \_\_\_\_\_

in qualità di titolare dei dati

in qualità di genitore o tutore che esercita la patria potestà del minore:

(nome e cognome): \_\_\_\_\_

nato il \_\_/\_\_/\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_)

Residente a \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_), in via \_\_\_\_\_

Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell' art. 13 del D. lgs. n. 196/2003, consapevole in particolare che il trattamento RIGUARDA anche dati QUALIFICATI COME "sensibili" di cui all' art. 4 comma 1 lett. d) del D. lgs. n. 196/2003.

presta il suo consenso     nega il consenso

per il trattamento dei dati sensibili, necessari allo svolgimento delle operazioni richieste ed indicate nell'informativa ricevuta;

Firma leggibile \_\_\_\_\_

presta il suo consenso     nega il consenso

per la comunicazione dei dati personali, anche sensibili, necessari allo svolgimento delle operazioni richieste ai soggetti indicati nell'informativa ricevuta;

Firma leggibile \_\_\_\_\_

presta il suo consenso     nega il consenso

per il trattamento ed utilizzo delle immagini e video riprese eventualmente registrate durante la permanenza nella struttura per le finalità e modalità indicate al punto b) dell' informativa ricevuta.

Firma leggibile \_\_\_\_\_



## SCHEDA SICUREZZA

INFORMAZIONI SANITARIE FACOLTATIVE A TUTELA DELLA SALUTE E DELLA SICUREZZA

LA PRESENTE SCHEDA E' DA COMPILARE FACOLTATIVAMENTE NEL CASO SI RITENGA DI VOLER FORNIRE AL NOSTRO PERSONALE INDICAZIONI RILEVANTI AL FINE DI TULELARE LA SUA SALUTE, O QUELLA DI SUO FIGLIO, DURANTE LA PERMANENZA PRESSO LA NOSTRA STRUTTURA.

LE INFORMAZIONI EVENTUALMENTE FORNITE ATTRAVERSO LA COMPILAZIONE DI QUESTO MODULO SARANNO TRATTATE, CON LE MODALITA' E FINALITA' INDICATE NELL'INFORMATIVA CONSEGNATA STAMPATA SUL RETRO DELLA LETTERA DI CONFERMA ISCRIZIONE, NEL MASSIMO RISPETTO DELLA NORMATIVA VIGENTE, IN MODO PARTICOLARE, PER QUANTO RIGUARDA LA GARANZIA DI RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI FORNITE.

COGNOME:			
NOME:			
DATA DI NASCITA:	LUOGO DI NASCITA:	PROV.	
LUOGO DI RESIDENZA:	VIA:	CAP	PROV.
TELEFONO FISSO:	CELLULARE:		
MEDICO CURANTE:	TELEFONO MEDICO:		
TESSERINO SANITARIO N.:			

### ALLERGIE ED INTOLLERANZE

TIPOLOGIA	INDICAZIONI
FARMACI	
POLLINI	
POLVERI	
MUFFE	
PUNTURE INSETTI	
ALLERGIE ALIMENTARI	
INTOLLERANZE ALIMENTARI	
ALTRO	
ALTRO	

**\* SI PREGA DI ATTESTARE EVENTUALI ALLERGIE ALIMENTARI O A MEDICINALI TRAMITE CERTIFICATO MEDICO, DA ALLEGARE AL PRESENTE MODULO. E' INOLTRE OBBLIGATORIO CONSEGNARE AL MOMENTO DELL'ARRIVO IL CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' SPORTIVA**

<b><u>ALTRE INDICAZIONI UTILI:</u></b>
--

Data \_\_\_\_\_

Firma del titolare dei dati o di chi esercita la podestà parentale  
\_\_\_\_\_