

I SOTTOSCRITTI

Quali esercenti la potestà genitoriale sul minore

nato a _____, il _____,
residente in _____, via _____,

C.F.

e-mail _____, tel. _____,

nato a _____, il _____,
residente in _____, via _____,

C.F.

e-mail _____, tel. _____,

CHIEDONO

- al Presidente di “Podere SANTA PAZIENZA APS-ASD” di ammettere quale SOCIO, per l'anno 2021, il/la figlio/a minore _____.
A tale proposito dichiarano di aver preso visione e di accettare incondizionatamente le norme di cui allo Statuto Sociale ed all'Atto Costitutivo ed alle successive deliberazioni degli organi sociali di attuazione dello stesso,
 - che il minore, sempre permanendo nell'ambito della responsabilità degli esercenti la potestà genitoriale, venga autorizzato a partecipare alle attività di “Podere SANTA PAZIENZA APS-ASD” in forma organizzata in tutti gli spazi coperti e scoperti,
 - dichiarano, in tal senso, di aver preso preventivamente visione del Regolamento che disciplina le modalità di funzionamento delle dette attività organizzate e di accettarne integralmente il contenuto,
 - si impegnano a versare, all'atto della sottoscrizione, la quota sociale, per l'anno solare in corso, di € 15,00 (quindici,00),
-

Firma degli esercenti la potestà genitoriale

Cognome e Nome _____

Firma _____

Cognome e Nome _____

Firma _____

Data _____

Dichiarano, inoltre, che il minore sopra citato è affetto dalle seguenti patologie, allergie, difficoltà motorie, psicologiche e comportamentali:

Si precisa che tale informativa viene richiesta al solo fine di perseguire al meglio i fini statutari in piena compatibilità con la tutela del minore e che verrà, ove necessario, personalizzata congiuntamente agli esercenti la potestà genitoriale e su specifiche direttive di questi.

Data e Firma _____

Gli esercenti la potestà genitoriale, consentono espressamente, a termini di legge, in particolare ex d.Lgs 196/2003, a che gli Operatori di “Podere SANTA PAZIENZA APS-ASD” debitamente e previamente identificati, possano fotografare o riprendere con appositi supporti i fruitori dei servizi organizzati da detta APS-ASD.

Si autorizza, in particolare, la fotografia, la ripresa audio e/o video, dei minori durante l’esercizio delle attività organizzate da “Podere SANTA PAZIENZA APS-ASD”

Si precisa che tali riprese verranno effettuate a soli fini statutari; si autorizza la pubblicazione delle stesse sui social utilizzati da “Podere SANTA PAZIENZA APS-ASD” che avverrà nella sola forma aggregata e senza indicazione di dati personali.

Si dichiara di ricevere, all’uopo, l’informativa ex art. 13 d.Lgs 196/2003.

Si indica quale responsabile del trattamento il sign. “Roberto Giacomel”

Data e Firma _____

In data _____ il Consiglio Direttivo di “Podere SANTA PAZIENZA APS-ASD” accetta la domanda di adesione presentata da _____

e provvede all’inserimento nel libro soci al numero _____

FIRMA _____

Componente Consiglio Direttivo