

LIBERATORIA STUDENTI MINORENNI

AUTORIZZAZIONE

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____
Nato/a il _____ a _____ CF _____
Residente in _____ Via/p.zza _____
Tel. _____ Email: _____

In qualità di genitore tutore del/la minore
Cognome _____ Nome _____
Nato/a il _____ a _____

Autorizza il/la minore a frequentare la Summer School "Summer in Science 2017" organizzata dall'Associazione Adamas Scienza dal 12 al 23 giugno 2017 presso il Campus di ricerca del EMBL – via E. Ramarini, 32 – 00015 Monterotondo (RM).

Il/la sottoscritto/a dichiara di

Avere la potestà genitoriale esclusiva del/la minore

Condividere la potestà genitoriale con:

Cognome _____ Nome _____
Nato/a il _____ a _____ CF _____
Residente in _____ Via/p.zza _____
Tel. _____ Email: _____
In qualità di genitore tutore del/la minore

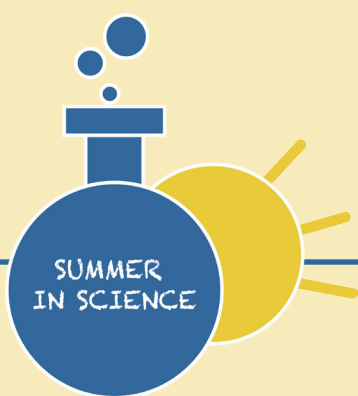
Il/la sottoscritto/a comunica i seguenti recapiti telefonici di familiari che si rendono reperibili per tutta la durata della Summer School in caso di necessità:

Tel Abitazione _____ Cellulare 1 _____
Cellulare 2 _____ Altro _____

Data _____

Firma del genitore/tutore 1 _____

Firma del genitore/tutore 2 _____



ESONERO RESPONSABILITA'

Il/la sottoscritto/a con la presente solleva il personale addetto all'organizzazione delle attività da qualsiasi responsabilità per eventi che possano verificarsi nel corso della Summer School. Dichiara inoltre di aver preso visione del regolamento della Summer School e di assumersi le responsabilità derivanti da inosservanza da parte del minore delle regole e/o delle disposizioni impartite dal personale e dai suoi collaboratori, o da cause indipendenti dall'organizzazione, inclusi incidenti o infortuni connessi all'espletamento delle attività in cui vi sia dolo da parte del sottoscritto.

Data

Firma del genitore/tutore 1

Firma del genitore/tutore 2

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Il/la sottoscritto/a dichiara che:

il/la minore risulta essere in stato di buona salute psico-fisica e idoneo/a alle attività della Summer School.

il/la minore risulta essere in grado di partecipare alle attività della Summer School, purchè siano osservate le seguenti precauzioni:

SEGNALAZIONI:

Allergie:

Intolleranze alimentari:

Cure/medicinali:

Patologie:

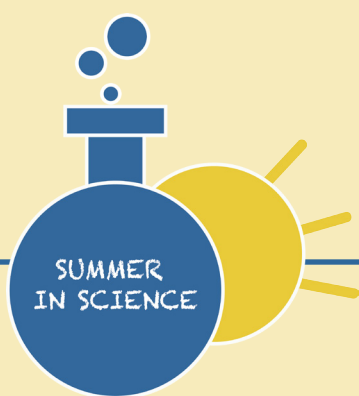
Disabilità:

Il/la sottoscritto/a dichiara che quanto sopra corrisponde al vero e solleva l'Associazione Adamas Scienza da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.

Data

Firma del genitore/tutore 1

Firma del genitore/tutore 2



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI

- Il/la sottoscritto/a autorizza l'Associazione Adamas Scienza al trattamento dei dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03 che sarà finalizzato per il solo oggetto della presente richiesta di iscrizione.
- Il/la sottoscritto/a esprime il proprio consenso alla pubblicazione di eventuali immagini, video o altri materiali audiovisivi contenenti la propria immagine, per scopi documentativi, formativi ed informativi. Le immagini e le riprese audio-video realizzate nel corso della Summer School potranno essere utilizzate esclusivamente per documentare e divulgare le attività dell'Associazione Adamas Scienza tramite siti internet, pubblicazioni e altre iniziative promosse dall'Associazione.
- E' da considerarsi vietato l'utilizzo di tale materiale in qualunque contesto che pregiudichi la dignità personale, il decoro e la sicurezza del sottoscritto.
L'utilizzo del nome e delle immagini è da considerarsi in forma gratuita.

Data

Firma del genitore/tutore 1

Firma del genitore/tutore 2