

# ISCRIZIONE ESTATE RAGAZZI 2025



Noi:

---

*Cognome padre* *Nome padre* *N° Carta di Identità o  
Passaporto o Permesso di Soggiorno*

---

*Cognome madre* *Nome madre* *N° Carta di Identità o Passaporto o  
Permesso di Soggiorno*

**genitori di:**

---

*Cognome figlio/a* *Nome figlio/a*

---

*Nato a* *Il*

---

*Residente a* *In via*

---

*Cellulare di un genitore* *Telefono di reperibilità (per urgenze)*

---

*E-Mail* *N° Carta di Identità o Permesso di Soggiorno*

avendo preso visione del relativo programma e aderendo ai valori e allo spirito dell'iniziativa **chiediamo che nostro/a figlio/a sia iscritto/a all' ORATORIO SALESIANO DI MACERATA per partecipare all'ESTATE RAGAZZI 2025**

Autorizziamo inoltre il Responsabile dell'Oratorio in caso di necessità, a chiedere l'intervento del Servizio Sanitario e/o accompagnare il/la ragazzo/a presso il Pronto Soccorso (contemporaneamente i responsabili e i loro collaboratori si attiveranno per avvisare almeno un genitore utilizzando il numero di telefono di reperibilità)

Dichiariamo infine di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati.

- Sì, prestiamo il consenso al trattamento di foto e video secondo quanto descritto dall'Informativa  
 No, NON prestiamo il consenso al trattamento di foto e video secondo quanto descritto dall'Informativa

Luogo e data, .....

Firma del Padre

Firma della Madre

.....

.....

## DA COMPILARE SE IL MODULO È FIRMATO DA UN SOLO GENITORE

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori o comunque in osservanza di quanto eventualmente previsto in merito da provvedimenti giudiziari.

Luogo e data, .....

Firma di un Genitore

.....

## NOTIZIE PARTICOLARI RELATIVE A NOME E COGNOME SCRITTO IN STAMPATELLO

.....

Segnaliamo al Responsabile dell'attività le seguenti notizie particolari e riservate che riguardano nostro/a figlio/a, specificando eventuali necessità:

<input type="checkbox"/> è una persona con disabilità motoria	<input type="checkbox"/> è una persona sorda
<input type="checkbox"/> è una persona con disabilità intellettiva	<input type="checkbox"/> è una persona cieca o ipovedente
<input type="checkbox"/> è una persona con diabete	<input type="checkbox"/> ha un'allergia o un'intolleranza alimentare, (da specificare di seguito)
<input type="checkbox"/> è una persona che necessita di dialisi	

Specificazioni e necessità:

---



---



---



---



---

### Informativa relativa alla tutela della riservatezza, in relazione ai dati personali raccolti per le attività educative

Dichiariamo di aver letto e compreso l'Informativa circa l'utilizzo dei dati e prestiamo il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute da noi forniti riguardanti nostro/a figlio/a.

Luogo e data, .....

Firma del Padre

Firma della Madre

.....

.....

### DA COMPILARE SE IL MODULO È FIRMATO DA UN SOLO GENITORE

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori o comunque in osservanza di quanto eventualmente previsto in merito da provvedimenti giudiziari.

Luogo e data, .....

Firma di un Genitore

.....