

MODULO DI PARTECIPAZIONE

ACCADEMIA DELLA CULTURA APS – TEATRO L. GIANÌ

Iniziativa/Progetto: _____

DATI DEL PARTECIPANTE

Nome e Cognome: _____

Nato/a a: _____ il _____ / _____ / _____

Residente a: _____

Telefono: _____ E-mail: _____

DATI SCOLASTICI

Scuola: _____

Classe: _____ Sezione: _____

DATI DEL GENITORE/TUTORE

per partecipanti minorenni

Nome e Cognome: _____

Telefono: _____ E-mail: _____

Il/La sottoscritto/a

- ☐ **CHIEDE DI PARTECIPARE** all'iniziativa sopra indicata;
- ☐ dichiara di aver preso visione delle modalità di partecipazione;
- ☐ autorizza, in caso di minore, la partecipazione alle attività previste;
- ☐ autorizza il trattamento dei dati personali per le sole finalità organizzative connesse all'iniziativa.

FOTO E VIDEO

☐ AUTORIZZO ☐ NON AUTORIZZO

l'utilizzo di immagini e riprese realizzate durante le attività per finalità istituzionali e promozionali dell'organizzazione.

Luogo e data: _____

Firma del partecipante/genitore/tutore

ALLEGATI

- ☐ Documento di identità
- ☐ Altro _____