

**AZIONE CATTOLICA ITALIANA - DIOCESI DI VITTORIO VENETO**

Al responsabile del campo-scuola

**Minore** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, codice fiscale \_\_\_\_\_,

nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_),

e residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) – via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

recapito telefonico \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_,

genitore ed esercente la potestà sul minore \_\_\_\_\_, sotto la propria personale responsabilità

**DÀ IL PROPRO ASSENSO**

alla partecipazione al camposcuola promosso dall’Azione Cattolica italiana - diocesi di Vittorio Veneto e gestito dal Comitato diocesano CITS di Vittorio Veneto, che si terrà dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ presso la Casa per ferie Cimacesta sita in via Giralba, 12 – Auronzo di Cadore (BL) del proprio figlio nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) e residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) – via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_.

Il sottoscritto si dichiara responsabile del comportamento del proprio figlio, nonché della piena osservanza del medesimo alle indicazioni che saranno impartite dall’organizzazione, sollevando quest’ultima da ogni e qualsiasi responsabilità per i danni che il minore dovesse subire e/o arrecare a terzi.

Il sottoscritto dichiara inoltre di conoscere le attività che verranno svolte durante il camposcuola anche all’esterno della Casa per ferie (a titolo esemplificativo: giochi, passeggiate, escursioni anche oltre i 1.000 metri di altitudine) e che il proprio figlio non è affetto da patologie che possano sconsigliarne la partecipazione, né da malattie infettive o contagiose.

Il sottoscritto dichiara che il proprio figlio

- è
- non è

sottoposto a terapia farmacologica e che

- è
- non è

affetto da allergie o intolleranze (in caso positivo allegare la relativa documentazione medica, compilare l’allegata dichiarazione sullo stato di salute e contattare il responsabile del camposcuola, all’ufficio dell’Azione Cattolica al numero 0438 940374).

Allega alla presente dichiarazione fotocopia della tessera sanitaria e del libretto delle vaccinazioni del minore.

Vittorio Veneto, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Informativa in ottemperanza alla Legge sulla privacy e consenso al trattamento dei dati**

Ai sensi dell’articolo 13 del decreto legislativo 196/2003, l’Azione Cattolica italiana - diocesi di Vittorio Veneto comunica quanto segue:

1. i dati forniti verranno trattati per espletare gli obblighi di legge nonché al fine dello svolgimento delle attività pastorali organizzate dall’Azione Cattolica italiana - diocesi di Vittorio Veneto;
2. i dati verranno trattati con modalità cartacee ed informatiche;
3. il trattamento dei dati è condotto con l’impiego delle misure di sicurezza idonee ad impedire l’accesso non autorizzato ai dati da parte di terzi e a garantire la vostra riservatezza;
4. in qualunque momento potranno esercitarsi i diritti di cui all’articolo 7 del decreto legislativo 196/2003. Alla richiesta di cancellazione dei dati, in quanto comprovata revoca al trattamento dei dati stessi, consegue l’impossibilità, per i soggetti interessati, di accedere ai servizi.

Vittorio Veneto, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Consenso ai sensi dell’articolo 23 del decreto legislativo 196/2003**

Ai sensi dell’articolo 23 del decreto legislativo 196/2003, anche quale genitore di \_\_\_\_\_, esprimo il consenso ai trattamenti specificati nell’informativa. Autorizzo le riprese fotografiche e cinematografiche per la realizzazione di video, bacheche, pubblicazione su carta stampata e web (compreso download) e quant’altro serva per la conoscenza e divulgazione di attuali e future iniziative dell’Azione Cattolica - diocesi di Vittorio Veneto.

Vittorio Veneto, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

# DICHIARAZIONE SULLO STATO DI SALUTE

(da compilare solo in caso di ulteriori segnalazioni e consegnare in busta chiusa)

Minore \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, recapito telefonico \_\_\_\_\_

genitore ed esercente la potestà sul minore \_\_\_\_\_, sotto la propria personale responsabilità

## DICHIARA

che il/la minore \_\_\_\_\_:

1. in quanto affetto dalle seguente/i malattia/e: \_\_\_\_\_

a) deve assumere i seguenti farmaci alla posologia sottoindicata: \_\_\_\_\_

b) si devono avere le seguenti attenzioni: \_\_\_\_\_

Si allega documentazione sanitaria ritenuta utile.

2. È allergico ai seguenti medicinali o alimenti: \_\_\_\_\_

Vittorio Veneto, \_\_\_\_\_

In fede

### ***Informativa in ottemperanza alla Legge sulla privacy e consenso al trattamento dei dati***

Ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo 196/2003, l'Azione Cattolica italiana - diocesi di Vittorio Veneto comunica quanto segue:

1. i dati forniti verranno trattati per espletare gli obblighi di legge nonché al fine dello svolgimento delle attività pastorali organizzate dall'Azione Cattolica italiana - diocesi di Vittorio Veneto;
2. i dati verranno trattati con modalità cartacee ed informatiche;
3. il trattamento dei dati è condotto con l'impiego delle misure di sicurezza idonee ad impedire l'accesso non autorizzato ai dati da parte di terzi e a garantire la vostra riservatezza;
4. in qualunque momento potranno esercitarsi i diritti di cui all'articolo 7 del decreto legislativo 196/2003. Alla richiesta di cancellazione dei dati, in quanto comprovata revoca al trattamento dei dati stessi, consegue l'impossibilità, per i soggetti interessati, di accedere ai servizi;
5. i dati sanitari della presente scheda saranno utilizzati, in caso di necessità, unicamente durante il camposcuola e al termine saranno distrutti.

Vittorio Veneto, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### ***Consenso ai sensi dell'articolo 23 del decreto legislativo 196/2003***

Ai sensi dell'articolo 23 del decreto legislativo 196/2003, anche quale genitore di \_\_\_\_\_, esprimo il consenso ai trattamenti specificati nell'informativa.

Vittorio Veneto, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_