

MODULO di Candidatura
Esperienza in Montagna
Arpy (AO)
dall'8 al 12 giugno 2020

Il sottoscritto socio AST _____ ,
cellulare _____ **e-mail** _____

INVIA

per proprio conto

OPPURE

in qualità di genitore / tutore / amministratore di sostegno

del socio _____ ,

nato a _____ **il** _____ ,

Codice fiscale _____

candidatura per partecipare all'esperienza in montagna
ad Arpy (AO) dall'8 al 12 giugno 2020

Allergie alimentari? _____

L'AST non si assume responsabilità relativamente all'alimentazione, ma ne darà comunicazione agli organizzatori.

	Ho preso nota dell'informativa allegata con date di svolgimento, prezzi, e regolamento.
--	---

	Dichiaro che il partecipante è un socio di diritto iscritto all'AST e che almeno un componente del nucleo familiare è in regola con il pagamento della quota associativa da almeno 3 anni (2020, 2019, 2018).
--	---

Firma

ENTRO il 10/03/2020

Inviare scansionato e firmato via mail a info@sclerosituberosa.org
oppure stampato e firmato via fax allo 06/45427883

Riferimento per informazioni: segreteria AST (Liliana) 338 6747922

INFORMATIVA PER LA PRIVACY

Gli iscritti dichiarano di conoscere i contenuti dell'iniziativa ed in particolare:

- Di aver preso visione dell'informativa sulla Privacy allegata;
- Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016 per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione e nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi fiscali, legali ed assicurativi previsti dalle norme;
- Di dare il proprio consenso all'uso dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 del GDPR 679/2016 per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione;
- Di essere a conoscenza che per l'organizzazione di tali progetti è indispensabile la raccolta dei dati personali e di particolari categorie di dati. I dati verranno trattati con modalità elettroniche e manuali, conservati per la durata prevista dalla legge. Ai dichiaranti spettano i diritti di cui agli artt 7-13 del D.Lgs 196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 che potranno essere esercitati rivolgendosi al titolare del trattamento, Associazione Sclerosi Tuberosa – Via Attilio Ambrosini, 72 – 00147 Roma.

N.B: mettere una X nelle caselle indicando: “**In proprio**” se si firma per se stessi, “**Genitore**” se la persona iscritta è minore, “**Amministratore di sostegno**” se si è amministratore di sostegno della persona iscritta, “**Curatore**” se si è curatore della persona iscritta.

I maggiorenni che non hanno amministratore o curatore debbono firmare in proprio (non è consentita la rappresentanza al genitore).

Firma partecipante: In proprio Genitore Amministratore di sostegno Curatore

Cognome e nome _____ Firma _____

- Sono a conoscenza che durante lo svolgimento delle attività verranno effettuate registrazioni foto/video/audio che coinvolgeranno i partecipanti, al fine di documentare l'andamento dei progetti e in relazione a questo si seguito esprimo o nego il consenso:

- Si autorizza la fotografia e/o la ripresa e si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto / del minore, sul sito web, Facebook, youtube, sul periodico dell'Associazione, sul pubblicazione del calendario dell'associazione e nelle bacheche affisse nei locali della medesima.

SI NO

FIRMA PARTECIPANTE: In proprio Genitore Amministratore di sostegno Curatore

Cognome e nome _____ Firma _____

Luogo _____ Data _____