

MODULO di Iscrizione

Weekend AST - Assemblea Soci a Bologna
dal 29 al 31 ottobre 2021

1) Nome e Cognome _____ età al 29/10/2021: _____
Cell. _____ e-mail _____

in regola con la quota socio AST anno 2021
dichiara di voler partecipare alle attività AST del 29/31 ottobre 2021

PARTECIPERANNO INOLTRE:

2) Nome e Cognome _____ età al 29/10/2021: _____
3) Nome e Cognome _____ età al 29/10/2021: _____
4) Nome e Cognome _____ età al 29/10/2021: _____
5) Nome e Cognome _____ età al 29/10/2021: _____
6) Nome e Cognome _____ età al 29/10/2021: _____

Data di arrivo: venerdì 29/10/2021 sabato 30/10/2021

Inserire i NOMINATIVI dei partecipanti ai pasti.

29/10/2021 CENA

soci o minorenni 13/17 a. senza ST _____
Minorenni con ST e bambini 0/12 a.: _____
non soci maggiorenni: _____

30/10/2021 PRANZO

soci o minorenni 13/17 a. senza ST _____
Minorenni con ST e bambini 0/12 a.: _____
non soci maggiorenni: _____

30/10/2021 CENA

soci o minorenni 13/17 a. senza ST _____
Minorenni con ST e bambini 0/12 a.: _____
non soci maggiorenni: _____

31/10/2021 PRANZO

soci o minorenni 13/17 a. senza ST _____
Minorenni con ST e bambini 0/12 a.: _____
non soci maggiorenni: _____

Allergie/intolleranze alimentari*: chi e a cosa? _____

* L'AST non si assume responsabilità relativamente all'alimentazione, ma informerà la struttura.

Per persone con ST

Si richiede supporto educativo per *[nome e cognome]* _____

- “Weekend Sociale” = pernottato in camera con educatori
- Supporto educativo c/o ZanHotel durante le riunioni

Per fratelli/sorelle da 3 a 13 anni

Supporto educativo c/o ZanHotel durante le riunioni per _____

- Ho preso nota dell'informativa allegata con date di svolgimento, prezzi, e regolamento.
- Effettuerò il versamento di tutti i costi (vitto e alloggio di tutti i partecipanti) entro il 10/10/2021

Firma

ENTRO il 30/09/2021

Inviare scansionato e firmato via mail a info@sclerosituberosa.org

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 numero 1: Cognome e nome _____	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Firma partecipante numero 2: Cognome e nome _____	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Firma partecipante numero 3: Cognome e nome _____	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Firma partecipante numero 4: Cognome e nome _____	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Firma partecipante numero 5: Cognome e nome _____	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Firma partecipante numero 6: Cognome e nome _____	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore

- 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 N° 1: Cognome e nome _____	<input type="checkbox"/> In proprio	<input type="checkbox"/> Genitore	<input type="checkbox"/> Amministratore di sostegno	<input type="checkbox"/> Curatore
Firma _____				

- 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 N° 2: In proprio Genitore Amministratore di sostegno Curatore

Cognome e nome _____ Firma _____

- 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 N° 3: In proprio Genitore Amministratore di sostegno Curatore

Cognome e nome _____ Firma _____

- 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 N° 4: In proprio Genitore Amministratore di sostegno Curatore

Cognome e nome _____ Firma _____

- 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 N° 5: In proprio Genitore Amministratore di sostegno Curatore

Cognome e nome _____ Firma _____

- 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 N° 6: In proprio Genitore Amministratore di sostegno Curatore

Cognome e nome _____ Firma _____

Luogo _____ Data _____