

**Spett.le Ranosplash A.D.S**

**ORTACESUS**

DA TRASMETTERE VIA MAIL ALL'INDIRIZZO **coop.ranopla@yahoo.it**  
E AL SERVIZIO SOCIALE IN PRESENZA DI PROBLEMATICHE SANITARIE

**Cognome e nome del bambino/a** \_\_\_\_\_ nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, residente a Serramanna in via  
\_\_\_\_\_

I sottoscritti, in qualità di genitori e/o esercenti la potestà genitoriale sul minore sopra generalizzato:

(cognome e nome) \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
Tel. n. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_;

(cognome e nome) \_\_\_\_\_ nata a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_  
Tel. n. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ :

**Dichiarano in**

- Che il proprio figlio/a presenta le seguenti problematiche sanitarie e/o intolleranze allergie : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Che il proprio figlio/a **NON** presenta problematiche sanitarie.

**Dichiarano, altresì, che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e sollevano gli operatori da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.**

**AUTORIZZANO**

- al trattamento dei dati personali, ai sensi della legge sulla Privacy e del Regolamento Generale sulla Protezione Dati;
- alle riprese video e fotografie per scopi didattici.
- **NON** autorizzano riprese video e fotografie per scopi didattici.

Serramanna, \_\_\_\_\_

Firma dei genitori e /esercenti la potestà genitoriale

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_