Museo Archeologico
Comprensoriale di Dicomano

SCHEDA DI ISCRIZIONE CAMPUS SETTEMBRINO AL MUSEO ARCHEOLOGICO DICOMANO

Dal 9 al 13 settembre 2019

Nome e cognome del partecipante Maschio Femmina
…… ☐ ☐

Luogo e data di nascita
…….

Indirizzo
…….

Nome Cognome del genitore o tutore
…….

Codice Fiscale genitore Numero di telefono del/dei genitore/i (sempre reperibile)
…… …….

E-mail del genitore
…….

Nominativi delle persone autorizzate a prendere il partecipante al termine delle attività
…….
…….
…….

Di seguito vi chiediamo cortesemente di segnalarci tutte le informazioni che ritenete utili sulle condizioni di salute di vostro/a figlio/a (eventuali allergie, anche alimentari, patologie, etc.):
…….
…….
…….

Museo accessibile

Il museo è uno luogo aperto, inclusivo, che accoglie tutti i bambini. Tutti i bambini sono speciali, ma a volte ce ne sono alcuni più speciali di altri. Se il vostro bambino necessita di bisogni particolari il Museo è disponibile ad un confronto con voi genitori per valutare insieme le migliori soluzioni da adottare.

Dichiaro di aver letto, approvato ed accettato il Regolamento del campus settembrino del Museo Archeologico Comprensoriale del Mugello e della Valdisieve

- Chiedo inoltre l'applicazione della **tariffa ridotta del 10% i**n quanto socio Unicoop Firenze e a tal fine allego copia della tessera socio Coop (lato nominativo del titolare) intestata al sottoscritto

Luogo e data, _____ Firma_____

Museo Archeologico
Comprensoriale di Dicomano

AUTORIZZAZIONE ALLA RACCOLTA E ALLA CONSERVAZIONE DI IMMAGINI

Gentile signore/a
lo scopo di questo documento è sancire che il contributo del minore alla nostra documentazione viene raccolto, conservato e utilizzato con il suo pieno consenso. Le chiediamo gentilmente di compilare in tutte le sue parti e firmare la dichiarazione che segue.

Io sottoscritto/a……
Nato/a a…….
Il…….
Residente a…….
In……
Nella mia qualità di
□ genitore
□ altro soggetto che eserciti la potestà sul minore (specificare)……
del minore……

Autorizzo il Museo e i suoi aventi causa ad utilizzare e conservare in qualunque forma, per le proprie finalità educative, culturali, editoriali, promozionali e commerciali in Italia o all'estero, senza limitazioni di spazio e di tempo e senza compenso, la registrazione effettuata a mezzo di pellicola cinematografica e/o fotografica, nastro magnetico, supporti digitali ed ogni altro supporto esistente, dell'immagine del minore di cui sopra e del suo intervento, anche, se nel caso, mediante riduzioni e/o adattamenti e/o trascrizioni.

Luogo e data, _____ Firma_____

INFORMATIVA PRIVACY
Dichiaro inoltre di aver preso visione dell'informativa ai sensi e per gli effetti dell'Art. 13 -Regolamento UE 679/2016 e di acconsentire al trattamento dei dati personali propri e/o del figlio secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa stessa.

Luogo e data, _____

Firma_____