

ISCRIZIONE DI MINORENNI AL PELLEGRINAGGIO ADOLESCENTI ROMA 2022

Noi

Cognome padre

Nome padre

Cognome madre

Nome madre

genitori di:

Cognome figlio/a

Nome figlio/a

Nato a

Il

Residente a

In via

Cellulare di un genitore

Telefono di reperibilità

E-Mail

Tessera Sanitaria

aderendo ai valori e allo spirito dell'iniziativa; avendo ricevuto e impegnandoci a rispettare e a far rispettare a nostro/a figlio/a il regolamento sulle misure di prevenzione del COVID-19

chiediamo che nostro/a figlio/a sia iscritto/a al pellegrinaggio a Roma organizzato dalla Parrocchia di Capiago e dalla Diocesi di Como che si svolgerà dal 18.04.22 al 19.04.2022.

La quota di partecipazione al campo estivo è di 140€ a persona (quota che potrebbe variare in base al numero di partecipanti), comprensivo di spese di vitto (colazione e pranzo di martedì 19) e alloggio, spese di trasporto e acquisto del kit del pellegrino. Per partecipare è **necessario essere in possesso del super green-pass**; ulteriori informazioni verranno fornite via e-mail.

Autorizziamo inoltre la Parrocchia:

- in caso di necessità, a chiedere l'intervento del Servizio Sanitario e/o accompagnare il/la ragazzo/a presso il Pronto Soccorso (contemporaneamente i responsabili e i loro collaboratori si attiveranno per avvisare almeno un genitore utilizzando il numero di telefono di reperibilità) e al successivo riaffidamento del ragazzo/ragazza alla Parrocchia, nella persona del Responsabile dell'Oratorio e dei suoi collaboratori.

Dichiariamo infine di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati.

- Sì, prestiamo il consenso al trattamento di foto e video secondo quanto descritto dall'Informativa
- No, NON prestiamo il consenso al trattamento di foto e video secondo quanto descritto dall'Informativa

Luogo e data,

Firma del Padre

Firma della Madre

(il modulo continua a pagina 2)

NOTIZIE particolari relative a

.....
Nome ragazzo/a

Segnaliamo al Responsabile del pellegrinaggio a Roma le seguenti notizie particolari e riservate che riguardano nostro/a figlio/a:

ad esempio, patologie ed eventuali terapie, allergie e intolleranze (anche agli alimenti)

**Informativa relativa alla tutela della riservatezza,
in relazione ai dati personali raccolti per le attività educative della parrocchia.**

Dichiariamo di aver letto e compreso l'Informativa (che trovi al link <http://www.diocesidicomo.it/wp-content/uploads/sites/2/2019/05/Privacy-16-05-2019.pdf>) circa l'utilizzo dei dati e prestiamo il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute da noi forniti riguardanti nostro/a figlio/a.

Luogo e data,

Firma Padre

Firma Madre

DA COMPILARE SE IL MODULO E' FIRMATO DA UN SOLO GENITORE

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data,

Firma di un genitore