

MODULO DI ISCRIZIONE AL LABORATORIO TEATRALE

LUCI DELLA RIBALTA

IO SOTTOSCRITTO _____ (nome e cognome)

NATO A _____ PROVINCIA _____

IL ____/____/____

E RESIDENTE A _____ PROVINCIA _____ IN VIA _____ N° _____

TELEFONO CELLULARE _____

MAIL _____

CHIEDO

L'ISCRIZIONE AL LABORATORIO TEATRALE "LUCI DELLA RIBALTA" ORGANIZZATO DALL'ASSOCIAZIONE "CAMOMILLA A COLAZIONE" CON INIZIO NEL MESE DI MARZO E FINE AD APRILE 2020

DATA _____

FIRMA _____
(firma del genitore se minorenne)

INFORMATIVA SULLA PRIVACY E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

• **Informativa ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") - Il D.Lgs. 196/2003** ha la finalità di garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità delle persone, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale.

Il Codice in materia di protezione dei dati personali stabilisce che l'interessato debba ricevere informazioni circa le finalità e modalità di trattamento dei suoi dati personali e che esprima il suo eventuale consenso per iscritto.

Il trattamento potrebbe riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", di cui all'articolo 26 del D.Lgs.196/2003 e, in particolare, dati idonei a rivelare lo stato di salute. I dati saranno trattati ai sensi del D. Lgs. 196/2003, con o senza l'ausilio di mezzi elettronici, ma comunque con strumenti idonei a garantire la sicurezza e riservatezza.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI EX ART.23, D.LGS. 196/2003

Io sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento potrebbe riguardare dati "sensibili" ai sensi del D.Lgs.196/2003, predo il mio consenso al trattamento dei dati necessario allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa e predo il mio consenso alla comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa.

Data _____ Firma _____
(se minorenne è richiesta la firma di un genitore)

DA RESTITUIRE ED INVIARE FIRMATO ALLA MAIL : INFO@CAMOMILLAACOLAZIONE.IT

APS "CAMOMILLA A COLAZIONE"
Sede in VIA ALCIDE DE GASPERI, 29
80030 VISCIANO (NA)
C.F.: 92046740632
Recapito telefonico: 3207659746
www.camomillaacolazione.it