

ISCRIZIONE DI MAGGIORENNI AL GIUBILEO DEGLI ADOLESCENTI

COMPILARE IN STAMPATELLO

Io:

| | |
|--------------------|--|
| _____ | _____ |
| <i>Cognome</i> | <i>Nome</i> |
| _____ | _____ |
| <i>Nato a</i> | <i>Il</i> |
| _____ | _____ |
| <i>Residente a</i> | <i>In via</i> |
| _____ | _____ |
| <i>Cellulare</i> | |
| _____ | _____ |
| <i>E-Mail</i> | <i>N. Passaporto o Carta di Identità</i> |

avendo preso visione del relativo programma e aderendo ai valori e allo spirito dell'iniziativa **chiedo di essere iscritto/a al gruppo DIOCESI DI BERGAMO che parteciperà al Giubileo degli adolescenti.**

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

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

- Voglio ricevere l'abbonamento gratuito ad Avvenire

Luogo e data,

Firma

NOTIZIE PARTICOLARI RELATIVE A
NOME E COGNOME SCRITTO IN STAMPATELLO

.....

(è consigliabile consegnare queste notizie in busta chiusa o in maniera riservata)

Segnalo al Responsabile dell'attività le seguenti notizie particolari e riservate che mi riguardano, specificando eventuali necessità:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sono una persona con disabilità motoria | <input type="checkbox"/> sono una persona sorda |
| <input type="checkbox"/> sono una persona con disabilità intellettiva | <input type="checkbox"/> sono una persona cieca o ipovedente |
| <input type="checkbox"/> sono una persona con diabete | <input type="checkbox"/> ho un'allergia o un'intolleranza alimentare, da specificare di seguito |
| <input type="checkbox"/> sono una persona che necessita di dialisi | |

Specificazioni e necessità:

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

Dichiaro di aver letto e compreso l'Informativa circa l'utilizzo dei dati e prestiamo il consenso al trattamento dei dati relativi alla mia salute.

Luogo e data,

Firma