

## Dichiarazioni e autorizzazione uscite

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### genitore del minore

nome cognome \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

anche a nome e per conto dell'altro genitore (nome/cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### Autorizzo

Il personale educativo di Solco IDAPOLI Società Cooperativa Sociale a condurre mio figlio/a fuori dall'area della struttura per le passeggiate o le uscite che verranno effettuate durante il servizio di pre - inter - post scuola nel **Comune di MEDICINA** sulla base della programmazione educativa. L'autorizzazione si intende valida per tutto il periodo d'iscrizione sottoscritto.

data \_\_\_\_\_

1) FIRMA GENITORE \_\_\_\_\_

2) FIRMA GENITORE \_\_\_\_\_

**NB: Qualora i genitori fossero separati/divorziati è richiesta la firma di entrambi**

*Il trattamento dei dati avverrà nel rispetto del Regolamento UE 679/2016 nei modi e nei limiti necessari per garantire l'erogazione del servizio.*

*Titolare del Trattamento è il COMUNE DI MEDICINA (vedasi informativa completa sul sito [www.coopidapoli.it](http://www.coopidapoli.it)).*

*Responsabile del trattamento è il Gestore Solco IDAPOLI Società Cooperativa sociale.*

Mod. Dichiarazioni e uscite –Ed. 27-08-2025

## CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DI IMMAGINI

(ai sensi dell'art. 7 del GDPR "Regolamento UE 679/2016 sulla protezione dei dati")

Preso atto dell'INFORMATIVA per il trattamento dei dati personali art.13 del Regolamento UE 2016/679 in cui risulta che il Titolare del Trattamento è il COMUNE DI MEDICINA e Responsabile del trattamento è il Gestore Solco IDAPOLI Società Cooperativa sociale

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

genitore del minore \_\_\_\_\_ data nascita \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

anche a nome e per conto dell'altro genitore (nome/cognome) \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

### ESPRIME RELATIVAMENTE ALLA SEGUENTE FINALITA' :

utilizzo ed inserimento di immagini riguardanti l'esperienza delle attività ludico ricreative per minori nei servizi integrativi di pre – inter - post scuola che si svolgono nel **Comune di MEDICINA** ed esposte:

- su cartelloni allestiti;
- sul sito internet istituzionale di Solco IDAPOLI Soc.Coop.Sociale o sul profilo Facebook connesso dedicato;
- sugli stampati editi da Solco IDAPOLI Società Cooperativa Sociale e quant'altro prodotto a fini di documentazione e promozione delle attività del progetto;

(cancellare e lasciare leggibile il consenso scelto)

di dare il consenso

di negare il consenso

DATA: \_\_\_\_\_ 1) FIRMA GENITORE: \_\_\_\_\_

2) FIRMA GENITORE: \_\_\_\_\_

**NB: Qualora i genitori fossero separati/divorziati è richiesta la firma di entrambi**

In qualsiasi momento sarà possibile richiedere la rimozione dei dati e delle immagini **trattate per le finalità** sopra descritte, inviando una e-mail all'indirizzo di posta certificata: [coopidapoli@pec.confcooperative.it](mailto:coopidapoli@pec.confcooperative.it)

La presente autorizzazione è da ritenersi valida fino al termine della concessione da parte del Comune di Medicina.