

## 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



**Solco IDAPOLI** | Società Cooperativa Sociale  
Via Massarenti, 9/C - 40054 BUDRIO (BO) | Tel. e Fax 051 802479  
[www.coopidapoli.it](http://www.coopidapoli.it) | [societa.idapoli@coopidapoli.it](mailto:societa.idapoli@coopidapoli.it) | [coopidapoli@pec.confcooperative.it](mailto:coopidapoli@pec.confcooperative.it)  
C.F. 03923180370 | P.IVA 00677221202  
iscrizione albo nazionale soc. coop. a mutualità prevalente N. A113292

## **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)**

**DATA:** **1) FIRMA GENITORE:**

## 2) FIRMA GENITORE:

**parati/divorziati è richiesta la firma di entrambi**

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.

Cooperativa soggetta all'attività di direzione e coordinamento di **Solco Civitas** S.c.s.  
via Villa Clelia 76 - 40026 Imola (BO) | tel. 0542 1941100 | fax 054227138  
[www.solcocivitas.it](http://www.solcocivitas.it) | [solco@solcocivitas.it](mailto:solco@solcocivitas.it) | [solcocivitas@pec.confcooperative.it](mailto:solcocivitas@pec.confcooperative.it)

 SolcoCivitas  
Gruppo cooperativo sociale Bologna-Imola S.c.s.