Zona Pastorale Parrocchia San Michele Arcangelo
e San Vito e Modesto
p.zza B. Simone Balacchi, 7 – 47822 Santarcangelo di Romagna (RN)
tel . 0541626109 – smcollegiata@gmail.com

MODULO ISCRIZIONE AL CAMPEGGIO ESTIVO

Io sottoscritto/a _____

genitore di _____ ISCRIVO mio/a figlio/a al campo estivo, che si svolgerà nel periodo dal_____ al _____ a _____

Recapito telefonico_____

AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI

Ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 2016/679 ed in relazione alle informazioni di cui si entrerà in possesso, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento di dati personali, si informa quanto segue::

1) I dati personali in possesso della Parrocchia di San Michele Arcangelo verranno trattati esclusivamente per le finalità previste dalle attività promosse dalla parrocchia;
2) I dati non verranno comunicati o diffusi o messi a disposizione di enti o persone diverse dalla parrocchia;
3) Il conferimento dei dati per le finalità di cui al punto 1 sono obbligatori. Il rifiuto dell'autorizzazione comporta la mancata trascrizione nei registri parrocchiali e la mancata partecipazione alle attività promosse dalla parrocchia;
4) Titolare del trattamento: don Giuseppe Bilancioni, parroco della parrocchia San Michele Arcangelo;
5) Diritti dell'interessato: a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali; b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione; c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati; d) ottenere la limitazione del trattamento; e) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti; f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto; g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione. h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati; i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca; j) proporre reclamo a un'autorità di controllo;
6) Può esercitare i Suoi diritti con richiesta scritta inviata a smcollegiata@gmail.com

Io sottoscritto/a alla luce dell'informativa ricevuta:

☐ AUTORIZZO
☐ NON AUTORIZZO

Il trattamento dei dati personali di mio/a figlio/a, dei familiari e dei referenti nei termini indicati nell'informativa per l'elaborazione informatica a scopi documentativi e informativi

DATA_____ ➡ FIRMA _____

AUTORIZZAZIONE FOTO E AUDIO-VIDEO

Io sottoscritto/a in conformità a quanto disposto dall'art. 10 del Codice Civile nonché dal art.13 del Regolamento UE 2016/679:

☐ AUTORIZZO
☐ NON AUTORIZZO

a) a riprendere, a mezzo attrezzatura fotografica, videocamere o simili, mio/a figlio/a nei vari momenti della sua il servizio;
b) all'utilizzo del materiale audiovisivo durante le attività ricreative e didattiche svolte, per fini documentativi ed informativi

DATA_____ ➡ FIRMA _____

IN CASO DI RITIRO

La caparra di 50 € non viene ridata. Per chi decidesse di ritirarsi (gravi motivi) sarà possibile chiedere un rimborso di parte della quota pari a 200,00 €.

➡ FIRMA_____

Regione Emilia-Romagna

SCHEDA SANITARIA PER MINORI
SANITARY CARD FOR MINORS

Cognome - Surname	Nome - First Name

Luogo e Data di nascita - Place and Date of Birth	Nazionalità - Nationality

Residenza, indirizzo, telefono - Domicile, complete addres, phone

Medico curante - Doctor in charge	Libretto sanitario n.	AUSL

MALATTIE PROGRESSE-PREVIOUS DISEASES

Morbillo - Measles	Si - Yes	No	Non so - unknow	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes	No
Parotite - Mumps	Si - Yes	No	Non so - unknow	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes	No
Pertosse - Whooping coungh	Si - Yes	No	Non so - unknow	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes	No
Rosolia - Rubella	Si - Yes	No	Non so -unknow	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes	No
Varicella - Varicella	Si - Yes	No	Non so - unknow	Vaccinato - vaccinated	Si - Yes	No

ALLERGIE - ALLERGIES

	specificare - specify
Farmaci - Drugs	
Pollini - Pollens	
Polveri - Dusts	
Muffe - Moulds	
Punture insetti - Insect Stings	

Altro - Other deseas:_____
_____
_____
__

Documentazione allegata inerente e terapie in atto – Included papers concerning diseases and therapies in progress:_____
_____
_____
__

Intolleranze alimentari-food intolerances:_____
_____
_____
__

Per la/il minore (barrare l'opzione esatta) - As regards the minors (bar the right choice):

- Non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici - No medical help was requested in the last 5 days.
- È stato richiesto intervento medico – Si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività - Medical help was requested - The abcence of infectious disease such as to contraindicate the admittance of the same minor in the community is declared by enclosed medical certification.

Data-date

Firma di chi esercita la potestà parentale Signature of the person exercising parental authority