

Parrocchia di S. Alberto

Piazza Luciani 2; tel. 0422.97007; e-mail: unitapastoralezero@gmail.com

ISCRIZIONE AL PERCORSO DI PREPARAZIONE ALLA S. MESSA DI PRIMA COMUNIONE OTTOBRE 2022

Noi

Cognome padre

Nome padre

Cognome madre

Nome madre

genitori di:

Cognome figlio/a

Nome figlio/a

Nato a

Il

Residente a

In via

Battezzato nella parrocchia di

Frequentante Classe – Sezione - Scuola

Cellulare di un genitore

Telefono di reperibilità (per urgenze)

E-Mail

Tessera Sanitaria (facoltativo)

avendo preso visione del relativo programma **chiediamo che nostro/a figlio/a partecipi al percorso di preparazione alla S. Messa di Prima Comunione.**

Autorizziamo inoltre la Parrocchia:

- ad interrompere la partecipazione di nostro/a figlio/a alla suddetta proposta educativa qualora questo provvedimento sia ritenuto necessario per custodire il significato educativo dell'attività e degli spazi o per evitare che siano ripetuti comportamenti inammissibili;
- in caso di necessità, a chiedere l'intervento del Servizio Sanitario (contemporaneamente i responsabili e i loro collaboratori si attiveranno per avvisare almeno un genitore utilizzando il numero di telefono di reperibilità).

Dichiariamo infine di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati (disponibile sul sito parrocchiale www.collaborazionedizerobranco.it, sezione "Documenti").

SI, prestiamo il consenso al trattamento di foto e video secondo quanto descritto dall'Informativa.

NON prestiamo il consenso al trattamento di foto e video secondo quanto descritto dall'Informativa.

Luogo e data,

Firma del padre

Firma della madre

DA COMPILARE SE IL MODULO È FIRMATO DA UN SOLO GENITORE

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data

Firma di un genitore

Parrocchia di S. Alberto

Piazza Luciani 2; tel. 0422.97007; e-mail: unitapastoralezero@gmail.com

Informazioni particolari relative a

.....

Classe

.....

(qualora ve ne siano, è necessario consegnare queste notizie in busta chiusa)

Segnaliamo al Responsabile della Parrocchia le seguenti informazioni particolari e riservate che riguardano nostro/a figlio/a:

Patologie ed eventuali terapie in corso

Allergie e intolleranze (anche agli alimenti)

Altro

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

Dichiariamo di aver letto e compreso l'Informativa circa l'utilizzo dei dati e prestiamo il consenso al trattamento dei dati relativi alla salute da noi forniti riguardanti nostro figlio o nostra figlia.

Luogo e data

Firma Padre Firma Madre