

DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITÀ PER L'EVENTO
"HALLOWEEN AL MUSEO"

Il / la sottoscritto/a _____

Residente in _____ (prov. _____)

Via _____ n. _____

Telefono _____ E-mail _____

In qualità di genitore (o di esso facenti funzioni) del minore _____

DICHIARA E SOTTOSCRIVE

1. di essere pienamente consapevole che la propria partecipazione all'attività è volontaria, come è strettamente volontaria e facoltativa ogni azione compiuta durante lo svolgimento della stessa;
2. di assumersi la responsabilità a titolo personale per le conseguenze che dovessero derivare da suddette azioni, sia civilmente che penalmente;
3. di essere pienamente consapevole degli eventuali rischi corsi durante lo svolgimento delle attività proposte.

La presente autorizzazione viene concessa in piena libertà, senza condizioni o riserve e a titolo completamente gratuito.

Il/la sottoscritto/a, preso atto del D.Lgs. 196/03 e s.m.i., autorizza l'organizzazione promotrice dell'iniziativa "Halloween in museo" al trattamento dei dati personali che lo riguardano; tale trattamento, cautelato da opportune misure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi, avverrà esclusivamente per finalità legate al medesimo evento.

In conseguenza di quanto sopra, il/la sottoscritto/a intende assolvere con la presente l'organizzazione, le associazioni ed i suoi organi direttivi, dalle responsabilità che in ogni modo dovessero sorgere in conseguenza della sua partecipazione alle attività, per qualsiasi danno subisse alla propria persona o arrecasse a terzi nello svolgimento delle stesse.

Data _____

Firma (leggibile)

Per i partecipanti minori di 18 anni, la liberatoria deve essere obbligatoriamente firmata e compilata dal genitore o di chi ne fa le veci.

Data _____

Firma (leggibile)



MUSEO ARCHEOLOGICO DELLA VALLE SABBIA

MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE

Il/la sottoscritto/a

genitore del minore

nato/a a il

DICHIARA

- che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia/e e/o intolleranza alimentare
- che il proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio la/le allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa)

Note:

- Si comunica che l'organizzazione declina ogni responsabilità per mancata comunicazione in merito allo stato di salute del minore.
- Gli operatori, come da normativa, non possono somministrare alcuna terapia e/o farmaco.
- Si invita il genitore e/o tutore legale di comunicare all'ente organizzatore eventuali terapie e/o farmaci che il minore assume regolarmente e/o in caso di necessità specifica.

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76 del DPR 445/2000)

Data

Firma del genitore o del tutore legale