



BIBLIONOTTE HALLOWEEN 2024

AUTORIZZAZIONE/LIBERATORIE - MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE

da restituire compilato e firmato al Responsabile della Biblioteca Comunale.

Il/la sottoscritto/a, Sig./Sig.ra.....

nato/a a il/...../..... residente a

in via/piazza nr. C.F.

indirizzo email Tel.

in qualità di genitore / tutore legale autorizza il/la proprio/a figlio/a

....., alla partecipazione all'evento

"Biblionotte di Halloween", che si terrà presso la Biblioteca Comunale di Aldeno da giovedì 31 ottobre a venerdì

1° novembre 2024, e a tal proposito:

SI IMPEGNA

- a versare la quota di compartecipazione di € 10,00 attraverso modulo Pagopa rilasciato da codesta Amministrazione.

DICHIARA

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

.....

.....

.....

.....

☐ **AUTORIZZA** ☐ **NON AUTORIZZA**

codesta istituzione a far consumare alimenti, nelle occasioni previste, sempre in ottemperanza alle norme vigenti in tema di sicurezza alimentare.

☐ **AUTORIZZA** ☐ **NON AUTORIZZA**

alla pubblicazione di immagini del/della proprio/a figlio/a, prodotte nel contesto delle attività previste nell'evento in oggetto, sui canali social intestati alla Biblioteca Comunale di Aldeno (piattaforme Instagram e Facebook) e sul notiziario comunale "L'Arione".

DICHIARA

- di aver visionato l'allegata informativa sui trattamenti di dati personali effettuati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del Decreto legislativo 196/2003.

Aldeno,/...../.....

Firma di un genitore o di chi ne fa le veci