



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SENSIBILI D.LGS. 196/03

Il sottoscritto _____ nato a _____ il ____/____/____ e residente a _____ (____), in _____ nr. _____,
La sottoscritta _____ nata a _____ il ____/____/____ e residente a _____ (____), in _____ nr. _____,

in qualità di:

Esercenti/e la patria potestà/tutore di _____ nato/a a _____ il ____/____/____ e residente a _____,
--

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, ai sensi dell'art.13 del D.lgs 30 giugno 2003 n. 196, sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati, per come nell'informativa riportate, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà anche dati "sensibili" di cui dichiara di apprendere il significato (art.4, comma 1, lett. d/e, art.26 del D.Lgs.196/2003), vale a dire "i dati idonei a rivelare lo stato di salute", prestano/presta il loro/suo consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali del figlio/figlia/tutelato per le finalità di cui al punto a) indicate nell'informativa.

Inoltre:

- prestano/presta il loro/suo consenso per il trattamento dei "dati sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d), nonché art. 26 del D.lg. 196/2003, vale a dire dati "idonei a rivelare lo stato di salute", necessari per lo svolgimento delle attività indicate nell'informativa al punto b)? Do il consenso <input type="checkbox"/> Nego il consenso <input type="checkbox"/>	- prestano/presta il loro/suo consenso alla pubblicazione delle immagini riprese dall'A.P.W.I. O.N.L.U.S. come indicato nell'informativa al punto c)? Do il consenso <input type="checkbox"/> Nego il consenso <input type="checkbox"/>
--	--

Inoltre:

i/il/la sottoscritti/o/a acconsentono/acconsente che sia data comunicazione relativa allo stato di salute dell'interessato/a ai soggetti qui indicati

i/il/la sottoscritti/o/a acconsentono/acconsente che il ritiro di qualsiasi tipo di documentazione dell'interessato/a, sia sanitaria che fiscale/amministrativo venga effettuato dai seguenti soggetti
--

Luogo, data _____

.....
FIRMA DEL PADRE (O TUTORE)

.....
FIRMA DELLA MADRE (O TUTORE)

.....
FIRMA PER L'ASSOCIAZIONE

ATTENZIONE:

Nel caso di consenso prestato dal tutore/genitore per un soggetto minorenni, quest'ultimo, al raggiungimento della maggiore età, dovrà prestare il consenso personalmente in qualità di diretto interessato.

ASSOCIAZIONE PERSONE WILLIAMS ITALIA O.N.L.U.S.

Via Franceschi, 1/D

50018 SCANDICCI (FI)

Codice fiscale 94262770483