



MODULO ISCRIZIONE

NOME COGNOME

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA

RESIDENTE A IN VIA N°

CAP. PROVINCIA CITTADINANZA

TELEFONO CELLULARE

E-MAIL ANNO ESORDIO DIABETE

MEDICO DI RIFERIMENTO CENTRO DIABETOLOGICO DI

PROFESSIONE PADRE PROFESSIONE MADRE

MODULO ISCRIZIONE GENITORE/TUTORE

NOME COGNOME

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA

RESIDENTE A IN VIA N°

CAP. PROVINCIA CITTADINANZA

TELEFONO CELLULARE

E-MAIL IN QUALITA' DI

NOME COGNOME

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA

RESIDENTE A IN VIA N°

CAP. PROVINCIA CITTADINANZA

TELEFONO CELLULARE

E-MAIL IN QUALITA' DI

QUANTITA' ISCRITTI BAMBINO/A RAGAZZO/A PADRE MADRE TUTORE

CHIEDE

al Consiglio Direttivo dell'A.G.D.G. Onlus, di essere ammesso/a in qualità Socio Ordinario Socio Sostenitore
versando la quota associativa di € 25.00, direttamente presso la segreteria o con bonifico su conto corrente bancario.

DICHIARO

DI AVER LETTO LO STATUTO E DI CONDIVIDERE LE FINALITA'

Luogo e data

.....
Firma dei genitori del minore (o chi ne fa le veci)



**TUTELA DELLA PRIVACY DEI MINORI
DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER LA PUBBLICAZIONE DELLE IMMAGINI,
NOMI E VOCI DEI MINORI**

Io sottoscritto nato a

il residente a

indirizzo

Padre del minore

Tutore del minore

Io sottoscritta nata a

il residente a

indirizzo

Madre del minore

Tutore del minore

AUTORIZZIAMO

L'associazione A.G.D.G. Onlus, a divulgare, senza limiti di tempo, spazio e supporto e senza avere nulla a pretendere in termini di compenso o diritti, FOTO RIPRESE VIDEO, realizzate/o solo a scopo educativo/informativo e contenente nome, immagini e voce nostre e di nostro/a figlio/a.

DICHIARIAMO

Di essere stati informati che la pubblicazione avverrà a mezzo: INTERNET LIBRI RIVISTE
 GIORNALI CD-ROM RADIO TELEVISIONE

PER CONTO SOLO ED ESCLUSIVAMENTE DELL'ASSOCIAZIONE.

DICHIARIAMO

di essere consapevoli che l'A.G.D.G. Onlus non trarrà alcun guadagno economico da tale pubblicazione.

Luogo e data

**Firma dei genitori del minore
(o chi ne fa le veci)**