

Allegato 1

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE PER SINGOLI E/O GRUPPI (per i gruppi indicare di seguito le generalità del componente al quale effettuare ogni eventuale comunicazione)

NOME COGNOME

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA

RESIDENZA INDIRIZZO

EVENTUALI SPECIFICHE RIFERITE ALL'ART. DEL REGOLAMENTO "AMBITO TERRITORIALE"

TELEFONO..... INDIRIZZO MAIL O PEC

ELENCARE I COMPONENTI DEL GRUPPO CON RELATIVI LUOGO E DATA DI NASCITA:

1)

2)

3)

SELEZIONARE LA CLASSE D'ETÀ PER LA QUALE SI CHIEDE DI PARTECIPARE

- 6 - 10 anni
- 11 – 15 anni
- 16 e oltre

TITOLO ELABORATO:

.....
.....

TIPO DI ELABORATO PRESENTATO

- Disegni, rappresentazioni grafiche materiali;
- Ideazioni o creazioni multimediali;
- Brevi narrazioni.

Con la presente dichiaro:

- di aver letto e accettato il regolamento del concorso
- di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), e sottoscrivo il Consenso Dati Personali per la partecipazione al concorso autorizzando l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei dati personali ai fini della gestione del Concorso "L'Ospedale del 2115" e alla successiva diffusione a titolo gratuito.

Luogo Data Firma

DA COMPILARE PER MINORI PARTECIPANTI SINGOLI/GRUPPI (in caso di gruppi deve essere compilato per ogni minore partecipante dal rispettivo genitore o esercente la responsabilità genitoriale/ la tutela)

Con la presente io sottoscritto/a
nato/a a, il
residente a in Via
telefono in qualità di esercente la responsabilità genitoriale/ la tutela sul minore
.....
con la presente

acconsento

alla partecipazione del minore indicato al Concorso “L’Ospedale del 2115” e dichiaro di aver letto e accettato il regolamento

Luogo Data Firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il/la sottoscritto/a in
qualità di genitore/tutore di
autorizza l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, ai sensi del D.Lgs. 196/2003 (normativa sulla privacy), al trattamento dei dati personali del minore ai fini della gestione del Concorso “L’Ospedale del 2115” e alla successiva diffusione a titolo gratuito.

Luogo Data Firma

Si allega copia del documento d’identità in corso di validità dell’esercente la responsabilità genitoriale o la tutela.

Allegato 2

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE CLASSI SCOLASTICHE

NOME DOCENTE COGNOME DOCENTE

DATA DI NASCITA LUOGO DI NASCITA

TELEFONO INDIRIZZO MAIL O PEC

SCUOLA

INDIRIZZO SCUOLA

CLASSE

TELEFONO SCUOLA

INDIRIZZO MAIL O PEC SCUOLA

SELEZIONARE LA CLASSE D'ETÀ PER LA QUALE SI CHIEDE DI PARTECIPARE

- 6 - 10 anni
- 11 – 15 anni
- 16 e oltre

TITOLO ELABORATO:

.....
.....

TIPO DI ELABORATO PRESENTATO

- Disegni, rappresentazioni grafiche materiali;
- Ideazioni o creazioni multimediali;
- Brevi narrazioni.

Con la presente dichiaro:

- di aver letto e accettato il regolamento del concorso
- di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali), e sottoscrivo il Consenso Dati Personali per la partecipazione al concorso autorizzando l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, ai sensi del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei dati personali ai fini della gestione del Concorso "L'Ospedale del 2115" e alla successiva diffusione a titolo gratuito.

Luogo Data Firma