



**Spett.le Comune di Amaroni**  
**Via Indipendenza, 60**

## Modulo di adesione

### Spazi senza Confini – Laboratorio di teatro

La/Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a,  
residente ad Amaroni in Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_ tel.  
\_\_\_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_, nata/o a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ della scuola  
\_\_\_\_\_

#### **AUTORIZZA**

la/il propria/o figlia/o a partecipare al Laboratorio di Teatro Spazi Senza Confini, che si svolgerà in orario extrascolastico nel periodo ottobre 2024-marzo 2025.

#### **COMUNICA**

l'interesse alla personale partecipazione al progetto in qualità di destinatario diretto dell'iniziativa (Barrare solo nell'ipotesi di partecipazione del genitore al progetto)

#### **DICHIARA**

di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente nell'ambito del progetto per il quale la presente dichiarazione viene resa, secondo quanto previsto dalla legislazione vigente in materia.

#### **DICHIARA altresì**

-di esonerare il Comune di Amaroni da ogni responsabilità civile e penale, anche oggettiva, relativa ai danni che potrebbero derivare al proprio figlio/a, a sé stesso e a terzi dallo svolgimento delle attività.

Amaroni, lì

Firma per esteso

Allega copia del documento di riconoscimento in corso di validità.