



**A.G.D.C.** Aps

Associazione Giovani con Diabete della Capitanata

**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)**

.....

.....



**A.G.D.C.** Aps

Associazione Giovani con Diabete della Capitanata

## 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)*