

MODULO D'AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE PER MINORI

Il/La sottoscritto/a.....

Nato/a a il

..... residente in

via..... cap.....,

recapito telefonico.....

e-mail.....

In qualità di genitore esercente la potestà genitoriale di:

.....

Con la firma del presente modulo dichiara di:

- aver preso visione del regolamento di Dark SSD A RL e accettare tutti i termini e le condizioni ivi indicati (<http://www.escape roomroma.it>)
- acconsentire alla partecipazione di mio/a figlio/a ai giochi di fuga organizzati Dark SSD A RL

Luogo e data

Firma del genitore

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione di dati personali) I dati trasmessi a Dark SSD A RL in occasione della partecipazione all'Escape Room saranno trattati dall' amministrazione medesima, in forma cartacea e informatica, in modo lecito e secondo correttezza, a tutela della riservatezza, e all'esclusivo scopo dello svolgimento del gioco. Il conferimento dei dati richiesti nella domanda è obbligatorio. Ogni persona gode, in ordine ai dati che conferisce, dei diritti di cui all'art. 7 D.Lgs. n. 196/03, compresi quelli di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione o il blocco in caso di trattamento in violazione di legge.