

## PROGETTO BABY-PARKING/BAZOLANDIA

### DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITÀ

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

telefono (fisso e/o cell.): \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

in qualità di genitore/tutore di (nome e cognome)

\_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Prov. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Con la sottoscrizione della presente dichiaro di **esonerare e sollevare da ogni responsabilità civile e penale l'Istituto Bazoli-Polo e gli/le studenti/sse del corso SSAS che prestano servizio** derivante dalla partecipazione, dalla permanenza di mio figlio/a minore alle attività proposte all'interno del servizio di Baby-Parking/Bazolandia, per gli eventuali incidenti o infortuni subiti ed in conseguenza di infortuni, danni cagionati a sé o a terzi.

Dichiaro inoltre **di rinunciare a qualsiasi richiesta di risarcimento e di rimborso** nei confronti dell'Istituto nonché degli studenti del corso SSAS che prestano servizio.

Pertanto **esonero l'Istituto Bazoli-Polo da ogni responsabilità** e tutte le azioni ad essa relative, cause e qualsivoglia tipo di procedimento giudiziario e/o arbitrale relativi al rischio d'infortuni, risarcimento di danni a persone e/o cose di terzi.

Lì, \_\_\_\_\_

Il/la Dichiarante \_\_\_\_\_ (Firma leggibile e per esteso)

Confermo di aver letto e compreso la presente dichiarazione liberatoria prima di apporvi la mia firma e sono consapevole che, firmando la presente, rinuncio a determinati diritti legali.

### DICHIARAZIONE LIBERATORIA IMMAGINI

Autorizzo l'Istituto Bazoli-Polo a produrre e/o pubblicare immagini, foto ed eventuali video-registrazioni che possano riguardare anche la persona di mio/a figlio/a.

Autorizzo

Non autorizzo

Lì, \_\_\_\_\_

Il/la Dichiarante, \_\_\_\_\_

*Ai sensi degli art. 1341 e 1342 del Codice Civile il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto attentamente e di approvare specificamente il testo del documento.*

Lì, \_\_\_\_\_

Il/la Dichiarante, \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONE INTOLLERANZE ALIMENTARI

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara lo stato di:

assenza di allergie/intolleranze alimentari;

presenza di allergie/intolleranze alimentari: specificare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_;

Lì, \_\_\_\_\_

Il/la Dichiarante, \_\_\_\_\_

*Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196 del 30/06/2003 e del Regolamento UE n. 679/2016, recante norme sul trattamento dei dati personali: i dati sopra riportati sono raccolti ai fini del procedimento per il quale vengono rilasciati e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.*