

DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITÀ

ARCHEO EXPERIENCE Una settimana da archeologo 1-5 SETTEMBRE 2025

Il/La sottoscritto/a _____

Codice fiscale _____

Residente in _____ (prov. _____)

Via _____ n. _____

Tel. _____

Mail _____

in qualità di genitore (o di esso facente funzioni) del minore _____

nato il _____

DICHIARA E SOTTOSCRIVE

1. di essere pienamente consapevole che la propria partecipazione alle attività è volontaria, come è strettamente volontaria e facoltativa ogni azione compiuta durante lo svolgimento delle attività;
2. di assumersi la responsabilità a titolo personale per le conseguenze che dovessero derivare da suddette azioni, sia civilmente che penalmente;
3. di essere pienamente consapevole degli eventuali rischi corsi durante lo svolgimento delle attività proposte.

La presente autorizzazione viene concessa in piena libertà ed autonomia, senza condizioni o riserve e a titolo completamente gratuito.

Il/La sottoscritto/a, consapevole dei diritti garantiti dal Regolamento UE 679/2016 e dal D.Lgs. 196/03 e s.m.i., autorizza l'organizzazione dell'iniziativa "Archeo Experience – Una settimana da archeologo" al trattamento dei dati personali che lo riguardano; tale trattamento, cautelato da adeguate misure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi, avverrà esclusivamente per finalità legate all'evento.

In conseguenza di quanto sopra, la/il sottoscritta/o intende assolvere con la presente l'organizzazione Fondazione "Piero Simoni" – Museo Archeologico della Valle Sabbia, piazza San Bernardino, 5 25085 Gavardo. CF. 96038640171, le associazioni ed i suoi organi direttivi, dalle responsabilità che in ogni modo dovessero sorgere in conseguenza della sua partecipazione alle attività per qualsiasi danno subisse alla propria persona o arrecasse a terzi nello svolgimento delle stesse.

Per i partecipanti **minori di 18 anni**, la liberatoria deve essere **obbligatoriamente** firmata e compilata dal genitore o da chi ne fa le veci.

Data _____ firma (leggibile) _____

Inoltre in caso di delega al ritiro del minore, a fine attività, da parte di persona diversa dal dichiarante:

Il/La sottoscritto/a _____

in qualità di genitore (o di esso facente funzioni) del minore _____

Delega al ritiro del minore

Il/la sig./sig.ra _____

N. Documento _____

MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE

Il/la sottoscritto/a

genitore del minore

nato/a a il

DICHIARA

- ☐ che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia/e e/o intolleranza alimentare
- ☐ che il proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio la/le allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa)

DETTAGLI COSTI E PAGAMENTO:

- L'attività ha un costo di **140,00 € + 15,00 € di contributo assicurativo**, per un totale di **155,00 €**
- Il pagamento deve essere effettuato tramite bonifico bancario agli estremi seguenti:

INTESTATARIO	Fondazione Piero Simoni
CAUSALE	Iscrizione Grest Archeo Experience 1-5 settembre 2025 – NOME E COGNOME DELL'ISCRITTO/A ALL'ATTIVITA'
IBAN	IT18 E051 1654 5600 0000 0026 686

- Il presente modulo deve essere compilato, firmato e rinviato alla mail del museo: info@museoarcheologicogavardo.it

Note:

- Si comunica che l'organizzazione declina ogni responsabilità per mancata comunicazione in merito allo stato di salute del minore.
- Gli operatori, come da normativa, non possono somministrare alcuna terapia e/o farmaco.
- Si invita il genitore e/o tutore legale di comunicare all'ente organizzatore eventuali terapie e/o farmaci che il minore assume regolarmente e/o in caso di necessità specifica.

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76 del DPR 445/2000)

Data

Firma del genitore o del tutore legale