

## NOTTE CON GLI SQUALI ALL'ACQUARIO DI GENOVA

Esperienza dedicata a ragazzi da 7 a 11 anni

### SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

**IMPORTANTE:** la disponibilità delle date a calendario è limitata, potrebbe succedere che la prima data disponibile sia molto lontana dalla data della vostra richiesta

Data invio \_\_\_\_\_

**DATI DEL PARTECIPANTE:** Nome \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_

Cap: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_

Indicare almeno due o tre date preferite: \_\_\_\_\_

Eventuali intolleranze alimentari / segnalazione di problematiche comportamentali o motorie che potrebbero limitare il corretto svolgimento dell'iniziativa: \_\_\_\_\_

### DATI DI UN GENITORE:

Nome: \_\_\_\_\_ Cognome: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_ Indirizzo mail: \_\_\_\_\_

Reperibilità telefonica 1: \_\_\_\_\_ Reperibilità telefonica 2: \_\_\_\_\_

### IL PROGRAMMA DELL'ATTIVITA'

Il programma e tutte le relative informazioni sono disponibili nella sessione dedicata del sito: <https://www.c-way.it/biglietto/notte-con-gli-squali/>

### PRIVACY

Compilando con i propri dati il modulo di contatto, acconsente al loro utilizzo come specificato nell'informativa ai sensi dell'art.13 del regolamento EU/ 2016 in materia di protezione dei dati, disponibile nella sessione dedicata del sito: <https://www.c-way.it/biglietto/notte-con-gli-squali/>

*Firma di uno dei genitori*

**DA INVIARE DEBITAMENTE COMPILATO A : INFO@C-WAY.IT**

## AUTODICHIARAZIONE

ai sensi dell'art. 485 del Codice Penale e successive modifiche

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Madre/Padre del minore (nome e cognome) \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente/domiciliato/a in \_\_\_\_\_ (mettere

solo città) , consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CHE IL MINORE

non è sottoposto alla misura della quarantena (anche volontaria) ovvero di non essere, al momento, positivo al COVID 19;

non presenta sintomi quali congiuntivite, febbre superiore a 37,5°, tosse o difficoltà respiratorie o comunque altri sintomi presumibilmente riconducibili a infezione da COVID-19;

non è stato negli ultimi 10 giorni a stretto contatto con persona e/o familiare affetto da COVID-19 (come da definizione riportata nella direttiva del Ministero della Salute del 22.02.2020 Coronavirus COVID-19);

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ si

impegna ad informare tempestivamente lo scrivente qualora dovessero insorgere eventuali sintomi riconducibili ad infezione da COVID-19 e/o accertata affezione da COVID-19 e/o contatti stretti con persone contagiate, al fine di poter predisporre eventuali "misure cautelative".

Data e luogo

Firma del dichiarante

**DA CONSEGNARE AL PERSONALE INCARICATO LA SERA DELL'EVENTO**