



## PROGETTO YOUTHBANK 2024/25

### Autorizzazione per minori

I sottoscritti ..... e .....

Carte d'identità n. .... e .....

Genitori di .....

n. telefonico madre .....

n. telefonico padre .....

email per comunicazioni .....

#### **AUTORIZZANO IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A**

Cognome e Nome .....

Nato a ..... Il .....

Email del minore .....

Cell. del minore .....

N. Carta d'identità del minore .....

- **A PARTECIPARE** al progetto YOUTHBANK 2024/25 gestito da FONDAZIONE PAOLO FAGETTI ETS prevede incontri durante l'anno scolastico 2024/25 presso CASA DI PAOLO E PIERA PREVALENTEMENE E CONSORZIO SERVIZI SOCIALI DELL'OLGIATESE;
- **A PARTECIPARE** alla formazione residenziale che si terrà dal giorno 27/10/2024 al giorno 29/10/2024 presso la sede della Fondazione Don Niso Dallavalle a Torrazzetta di Borgo Priolo (PV)

#### **Nota informativa per i genitori**

Il progetto è gestito da personale di FONDAZIONE PAOLO FAGETTI ETS i ragazzi rappresentano una risorsa per lo svolgimento stesso delle attività.

Al termine del progetto si rilascerà alla scuola di riferimento certificazione valida per la valutazione da parte della scuola stessa dei crediti formativi o delle presenze per il PCTO.

Per qualunque informazione, chiarimento o reclamo può contattare:

- Il coordinatore di progetto, AMINA PIZZALA [email](mailto:aminapizzala@gmail.com) aminapizzala@gmail.com al n. 3291038470

Firme .....

.....



Fondazione Provinciale  
della Comunità Comasca  
ONLUS

### Autorizzazione rientro a casa

Al termine di ogni incontro nell'ambito del progetto YouthBank AUTORIZZO MIO/A FIGLIO/A

- a rientrare a casa da solo
- a tornare a casa con il genitore .....
- .....
- a rientrare a casa accompagnato da .....
- .....

Firma dei genitori .....

.....

### Autocertificazione sanitaria (resa ai sensi del DPR 445/2000)

I genitori consapevoli delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni (art. 75 e 78 DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità:

#### DICHIARANO CHE IL PROPRIO FIGLIO/A

**SOFFRE DI ALLERGIE?**     SI'     NO  
se si quali?

---

**HA PARTICOLARI INTOLLERANZE / ALLERGIE ALIMENTARI?**     SI'     NO  
se si quali?

---

**ASSUME REGOLARMENTE DEI FARMACI?**     SI'     NO  
se si quali?

---



Fondazione Provinciale  
della Comunità Comasca  
ONLUS

## Altre informazioni

---

### **PERSONE DA CONTATTARE IN CASO DI EMERGENZA**

(a fianco di ogni numero specificare il grado di parentela)

---

---

Ai sensi del GDPR 679/16 si autorizza per le finalità del PROGETTO YouthBank al trattamento dei dati personali e sensibili.

Data .....

Firme .....

### **N.B.**

**Si prega di allegare alla presente autorizzazione copia della carta d'identità di entrambi i genitori e del minore**

## **INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

**(GDPR 679/2016)**

Si autorizza FONDAZIONE PAOLO FAGETTI ETS al trattamento dei dati personali dell'interessato solo ed esclusivamente per fini strettamente legati al progetto YouthBank. Sarà possibile somministrare questionari all'interessato volti a valutare l'andamento del progetto. I risultati potranno poi essere divulgati in forma aggregata ed anonima.

Si autorizza, altresì, FONDAZIONE PAOLO FAGETTI ETS effettuare ed utilizzare fotografie, riprese video e/o altri materiali audiovisivi contenenti la voce e l'immagine dell'interessato, all'interno di attività di comunicazione e promozione del progetto YouthBank.

Il materiale potrà essere condiviso con la Fondazione Provinciale della Comunità Comasca onlus, ideatore del progetto, con le altre YouthBank della provincia di Como e con le organizzazioni che le gestiscono. Nello specifico si tratta di YouthBank Centro Lago e Como, gestite dalla Coop. Sociale Azalea onlus, dalla YouthBank Erba, gestita dalla Fondazione Casa Fuori Casa, la YouthBank di Cantù gestita da Juta Associazione Culturale e la YouthBank di Olgiate Comasco organizzata dalla Fondazione Paolo Fagetti Ente Filantropico. Gli enti coinvolti assicurano che le immagini e le riprese audio-video realizzate potranno essere utilizzate



Fondazione Provinciale  
della Comunità Comasca  
ONLUS

esclusivamente per documentare e divulgare le attività connesse con il progetto attraverso il sito internet della Fondazione ([www.fondazione-comasca.it](http://www.fondazione-comasca.it)), del progetto YOUTHBANK ([youthbank.fondazione-comasca.it](http://youthbank.fondazione-comasca.it)) e rispettive landing pages, mediante i social network dedicati al progetto, pubblicazioni, mostre, corsi di formazione, eventi, seminari, articoli di giornale e altre iniziative promosse dalla Fondazione anche in collaborazione con enti pubblici e privati, sempre nell'ambito del progetto.

La presente autorizzazione non consente l'uso dell'immagine dell'interessato in contesti che pregiudichino la dignità personale ed il decoro della persona e comunque per usi e fini diversi da quelli indicati.

Il/la sottoscritto/a conferma di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni diritto, azione o pretesa derivante da quanto sopra autorizzato. La Fondazione potrà contattare l'interessato tramite tutti i recapiti che egli fornirà per informazioni legate al progetto e riguardanti l'attività istituzionale della stessa Fondazione.

---

I sottoscritti ..... e .....

genitori di .....

nato/a a ..... il .....

DICHIARANO di aver letto e compreso l'informativa sulla privacy sopra riportata e autorizzano, ai sensi del GDPR 679/2016, la Fondazione Provinciale della Comunità Comasca onlus a:

- Il trattamento dei dati personali del minore alle condizioni dell'informativa sopra esposta;
- L'utilizzo del materiale audiovisivo alle condizioni dell'informativa sopra esposta.

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_