

**Progetto "SESSUALITA' ED AFFETTIVITA'**  
LIBERATORIA , CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI  
ED AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE  
modulo per ragazzi minorenni

\_\_\_\_\_  
COGNOME DEL MINORE      NOME DEL MINORE      nato a      il \_\_\_\_\_  
frequentante la scuola IPCST "EINAUDI" di LODI  
classe/sezione \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a

\_\_\_\_\_  
COGNOME      NOME      nato a      il \_\_\_\_\_  
telefono/cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

genitore (esercente la potestà genitoria) del minore sopra indicato

- AUTORIZZA il/la proprio/a figlio/a a partecipare al progetto "Sessualità ed affettività" tenuto da operatori del Consultorio dell' ASL di Lodi (che, sottoscrivendo la presente liberatoria, dichiara di accettatate nella sua integrità e in ogni sua implicazione)
- AUTORIZZA la Dott. Cuzzani dell'ASL di Lodi , al trattamento dei dati personali riportati nella presente scheda, secondo l'informativa sul trattamento dei dati personali (D.lgs. 196/2003)
- AUTORIZZA l'esecuzione e la riproduzione di eventuali riprese fotografiche e/o registrazioni audio/video su qualsiasi supporto ritraenti il/la proprio/a figlio/a nel corso del progetto, dichiarando di non aver nulla a pretendere in relazione all'utilizzazione dei filmati e del materiale fotografico e audio/video

In fede

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_