

I SOTTOSCRITTI

NOME..... COGNOME.....

RESIDENTE A.....(CITTÀ, REGIONE, NAZIONE)

PASSAPORTO/DOCUMENTO DI IDENTITA' N..... RILASCIATO DA,

NOME..... COGNOME.....

RESIDENTE A.....(CITTÀ, REGIONE, NAZIONE)

PASSAPORTO/DOCUMENTO DI IDENTITA' N..... RILASCIATO DA,

IN QUALITA' DI GENITORI/TUTORI ESERCENTI LA RESPONSABILITA' GENITORIALE

AUTORIZZANO IL PROPRIO FIGLIO/A

NOME..... COGNOME.....

NATO/A A(CITTÀ, REGIONE, NAZIONE)

IL.../.../..... RESIDENTE IN VIA CODICE POSTALE.....

CITTÀ..... PROVINCIA..... NAZIONE.....

PASSAPORTO/DOCUMENTO DI IDENTITA' N..... RILASCIATO DA

IL .../.../..... CODICE FISCALE/TESSERA SANITARIA N.

A PARTECIPARE AL

CORSO DI FORMAZIONE ORCHESTRALE ORGANIZZATO DALL'ASSOCIAZIONE AMICI DELLA MUSICA FEDELE FENAROLI DI LANCIANO, CHE SI SVOLGERA' DALL' 11 AL 15 GIUGNO DAL 30 LUGLIO AL 5 AGOSTO 2024, PRESSO IL PARCO DELLE ARTI MUSICALI, LARGO DELL'APPELLO, 2, 66034 LANCIANO.

SOLLEVANO ESPRESSAMENTE L'ASSOCIAZIONE AMICI DELLA MUSICA FEDELE FENAROLI DA OGNI RESPONSABILITA' PER FATTI E/O CIRCOSTANZE CHE DOVESSERO VERIFICARSI PER IL MANCATO RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI IMPARTITE DALL'ASSOCIAZIONE O DAI DOCENTI E PER INFORTUNI DERIVANTI DALL'INOSERVANZA DI ORDINI O PRESCRIZIONI.

DURANTE TALE PERIODO L'ALLIEVO SARA' SOTTO LA RESPONSABILITA' DEL SIG./SIG.R A

NOME..... COGNOME.....

PASSAPORTO/DOCUMENTO DI IDENTITA' N..... RILASCIATO DAAL/ALLA QUALE

VIENE CONFERITA DELEGA AD ADOTTARE LE DISPOSIZIONI NECESSARIE IN CASO DI URGENTI MOTIVI DI SALUTE.

IN FEDE

FIRMA LEGGIBILE

FIRMA LEGGIBILE

.....
NOME E COGNOME DEL GENITORE/TUTOR

.....
NOME E COGNOME DEL GENITORE/TUTOR

Luogo..... Data.....

All. Documenti di identità dei genitori/tutor