

I SOTTOSCRITTI

NOME..... COGNOME.....
RESIDENTE A.....(CITTA', REGIONE, NAZIONE)
PASSAPORTO/DOCUMENTO DI IDENTITA' N..... RILASCIATO DA,
NOME..... COGNOME.....
RESIDENTE A.....(CITTA', 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(CITTA', REGIONE, NAZIONE)
IL.../.../..... RESIDENTE IN VIA CODICE POSTALE.....
CITTA' 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'INOSSERVANZA 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