

# L.A.B.S.



IL/LA SOTTOSCRITT \_\_\_\_\_

PADRE/MADRE/ TUTORE DI \_\_\_\_\_

DOCUMENTO DI IDENTITA': \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELLULARE: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

**Chiede che il/la minorenne di cui sopra, sia iscritto/a all'evento**

23/02/2019 Il Naso di Cyrano : Ore 10.30 - Età 3/5

**E si impegna a versare la quota di partecipazione di Euro 3,00.**

Prendo atto che i dati personali che metto a disposizione saranno utilizzati per il servizio della biblioteca per l'elaborazione manuale e/o elettronica degli stessi per eventuali comunicazioni. Dichiaro il mio consenso all'uso dei dati forniti ai sensi del D.Lgs. n.196/2003.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_