



Esperienza di Convivenza Comunitaria dal 15 al 20 aprile 2025

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

CELLULARE

E-mail

Mi impegno a partecipare all'esperienza di convivenza, secondo il programma stabilito e a tutte le condizioni richieste.

- Dichiaro il mio consenso, ai sensi dell'art. 13 del D.LGS 196/2003 (Codice della Privacy – e successive modificazioni) al trattamento dei dati sopra riportati esclusivamente per le iniziative riguardanti l'Istituto don Calabria.

- Dichiaro il mio consenso per riprese video e/o fotografie effettuate nel contesto delle attività proposte e per la sola finalità divulgativa (bacheca, sito internet, stampa interna).

DATA..... FIRMA