



Il sottoscritto nome ..... cognome .....

nato a ..... il ..... e residente a ..... prov. ....

in Via/Piazza ..... n.civ. ....

genitore del minore nome..... cognome .....

affetto da .....

### CHIEDE

di poter fruire del Parco della Salute sito a Palermo in Foro Umberto I° s.n.c. luogo gestito da Vivi Sano Onlus, Associazione che si attiene al DPCM e alle Ordinanze Regionali in vigore, recanti misure in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 .

Palermo li,

Firma del genitore/tutore

\_\_\_\_\_

#### Trattamento dei Dati

Si autorizza il trattamento dei dati personali del richiedente e del dichiarante, ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679 del GDPR e del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" ai fini dello svolgimento delle attività richieste o finalità proposte.

Firma del genitore/tutore

\_\_\_\_\_

SPAZIO RISERVATO AL PERSONALE MEDICO DELL'ASP PALERMO

Per quanto sopra richiesto si rilascia Nulla Osta.

*Firma e timbro dello Specialista*

\_\_\_\_\_