



Associazione *Gli amici di Emma*

MODULO D'AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE PER MINORI

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (_____) il _____

residente in via _____ C.A.P. _____,

recapito telefonico _____ e-mail _____

In qualità di genitore esercente la potestà genitoriale di:

_____ di anni _____

Con la firma del presente modulo dichiara di:

- aver preso visione del regolamento del premio "Il ricordo salvato" e accettare tutti i termini e le condizioni ivi indicati
- **acconsentire alla partecipazione del proprio/a figlio/a al premio "Il ricordo salvato"**

Luogo e data

Firma del genitore
