MODULO DEL CONSENSO

- ACCOMPAGNATO MINORENNE/SENZA CAPACITÀ DI AGIRE PER IL PRESENTE MODULO -

Sig. / Sig.ra_____

Via: _____

Cap _____ - _____

C.F.: _____

e, ove applicabile,

Sig. / Sig.ra_____

Via: _____

Cap _____ - _____

C.F.: _____

in qualità di rappresentante/i legale/i

_____

(specificare se esercente/i la responsabilità genitoriale, tutore, curatore, amministratore di sostegno)

dell'interessato (di seguito, "**Interessato**")

_____

(specificare il nominativo dell'interessato per il quale si rilascia il consenso)

Richiesta del consenso:

Letta l'informativa privacy pubblicata sul sito www.livenation.it ("**Informativa Privacy**"), acconsenti al trattamento dei dati personali dell'Interessato da parte nostra al fine di gestire la richiesta per i posti accessibili e di contattarti riguardo i bisogni dell'Interessato. Si prega di visionare l'Informativa Privacy per maggiori informazioni sul trattamento dei dati personali dell'Interessato.

□ autorizzo/autorizziamo □ nego/neghiamo

Data/luogo

_____

Firma/e

_____

_____