



_____sottoscritt / _____ Cell. _____
 e-mail _____ chiede che su /figli / _____
 nat _il _____ / / _____ a _____ codice fiscale _____
 residente a _____ C.A.P. _____ in Via _____
 Tel.ab. _____ Cell _____ E-mail _____

sia ammess_/a frequentare il corso (contrassegnare periodo ed orario prescelto):

PRIMA SETTIMANA	9 - 13 GIUGNO	15:00 - 16:30
SECONDA SETTIMANA	16 - 20 GIUGNO	15:00 - 16:30
TERZA SETTIMANA	23 - 27 GIUGNO	15:00 - 16:30

Il sottoscritto genitore del minore sopra citato, con la seguente dichiarazione liberatoria:

➤solleva il Circolo in merito a qualsiasi responsabilità per infortuni che dovessero accadere al proprio figlio/a durante le prove di ammissione e dichiara che il proprio/a figlio/a sa nuotare

➤prende nota che la frequenza del corso è subordinata alla consegna del certificato medico valido

➤acconsente al trattamento dei dati personali in conformità al D. Lgs 196/2003 nonché ai sensi degli artt. 7 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/2016 e, nel contempo presta libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento, anche con strumenti informatici e/o telematici, dei dati personali e sensibili e ne autorizza la comunicazione e diffusione ai soggetti terzi per tutte le attività inerenti il corso intensivo di canottaggio;

➤autorizza ☐ o non autorizza ☐ l'utilizzo di immagini e/o filmati ritraenti il figlio per la realizzazione di prodotti cartacei, prodotti digitali e video e siti Internet con scopo informativo e pubblicitario

➤ dichiara di aver preso visione e accettare il Modello organizzativo e di controllo dell'attività sportiva e il Codice di condotta adottati dal Circolo

afferma di prendere visione e di accettare per intero le clausole del regolamento del Circolo ed in particolare che:

➤l'eventuale ritiro dal corso dovrà essere comunicato tempestivamente solo ed esclusivamente alla Segreteria Sportiva del Circolo in forma scritta (e-mail: segreteria sportiva@canottieriroma.org). L'intera quota dovrà comunque essere corrisposta salvo presentazione di idonea certificazione medica.

Certificato medico

SI	NO
----	----

**Firma del genitore
o di chi esercita potestà genitoriale**