



_____ 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	3 - 7 GIUGNO	15:00 - 16:30
SECONDA SETTIMANA	10 - 14 GIUGNO	15:00 - 16:30
TERZA SETTIMANA	17 - 21 GIUGNO	15:00 - 16:30
QUARTA SETTIMANA	24 - 28 GIUGNO	15:00 - 16:30

Inoltre, con la seguente dichiarazione liberatoria, dichiara che il proprio/a figlio/a sa nuotare e solleva il Circolo in merito a qualsiasi responsabilità per infortuni che dovesse accadergli durante le prove di ammissione.

Afferma inoltre di aver preso visione delle clausole del regolamento del Centro e di accettarle per intero.

Gli eventuali ritiri dal corso dovranno essere comunicati tempestivamente alla Segreteria del Circolo in forma scritta. L'intera quota dovrà comunque essere corrisposta salvo presentazione di idonea certificazione medica. La frequenza del corso è subordinata alla consegna del certificato medico valido per l'idoneità non agonista alla pratica del canottaggio.

- 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, allo stesso tempo 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 alla scuola 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 pubblicità

Certificato medico

SI NO

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