



DOMANDA DI ADESIONE ASSOCIATIVA

La/il sottoscritta/o

Cognome Nome

Codice Fiscale

Nata/o a Prov. il

Indirizzo CAP

Tel. E-mail

Compilare i campi sottostanti solo in caso di minore

Genitore Tutore

Cognome Nome

Codice Fiscale

Nata/o a Prov. il

CHIEDE L'ISCRIZIONE

per se stessa/o per la/il minore

ai seguenti servizi/corsi

Socio dell'Associazione Sportiva Dilettantistica CAMMINALZANO

Corso

DICHIARA

di essere a conoscenza ed accettare che a norma del D.L.n.158 del 13.09.2012 (Decreto Balduzzi), per l'iscrizione ai corsi è obbligatorio presentare un certificato medico per attività sportiva non agonistica redatto sul modello del suddetto D.L. Il Certificato medico ha la validità di un anno dalla data di emissione ed il socio è responsabile del suo rinnovo alla scadenza. In caso di scadenza prima della fine del corso l'iscritto o il genitore/tutore per i minorenni, si impegna a fornire nuovo certificato medico a copertura del periodo residuo.

Data Luogo Firma *

L'Associazione declina ogni responsabilità per incidenti nei quali possano incorrere gli iscritti al corso durante l'attività. Ogni socio è assicurato per danni personali e nei confronti di terzi. Tutti coloro che svolgono attività didattico/sportive debbono attenersi alle indicazioni e direttive dei responsabili di predette attività. In caso di impossibilità allo svolgimento del corso, lo stesso sarà rinviato ad altra data. Non è previsto alcun rimborso per mancata partecipazione alle lezioni. La presente domanda comporta l'accettazione integrale dei regolamenti delle Federazioni e Enti di Promozione Sportiva alle quali l'Associazione aderisce e da il benessere all'utilizzo dei dati personali nel rispetto del vigente Regolamento e normativa sulla tutela della privacy.

Data Luogo Firma *

Con la presente domanda il socio acconsente alla pubblicazione su siti web, su pubblicazioni, sulla comunicazione pubblicitaria e informativa che la società riterrà opportuno, per solo fini istituzionali e promozionali, di fotografie, filmati ed immagini atte a rivelare la propria identità.

Data Luogo Firma *

*CAMPO OBBLIGATORIO - L'omessa sottoscrizione di tutti i campi obbligatori comporta la non accettazione della domanda stessa