



# CANOTTAGGIO

## CORSO AMATORIALE MASCHILE E FEMMINILE



\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_  
e- mail \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ residente  
a \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_  
Tel. ab. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ chiede di essere ammess\_ al  
corso :

ABBAGNALE	LUN-MER-VEN	08,00-09,00	
SERALE	MAR-GIO	18,00-19,00	

Trascorsi al massimo due anni di abbonamento non si potrà più richiedere (ad esclusione dei familiari dei Soci) una ulteriore iscrizione della durata di un anno ma, se interessati a continuare a frequentare il Circolo, DOVRA' essere presentata domanda iscrizione a socio ordinario.

Inoltre con la seguente dichiarazione liberatoria, dichiara di sollevare il Circolo in merito a qualsiasi responsabilità per infortuni che dovessero accadere durante le prove di ammissione.

**Gli eventuali ritiri dai corsi dovranno essere comunicati tempestivamente alla Segreteria del Circolo in forma scritta. L'intera quota annuale dovrà comunque essere corrisposta salvo presentazione di idonea certificazione medica. La frequenza del corso è subordinata alla consegna del certificato medico non agonistico.**

Si informa che, in base all'Art.13 del Codice in materia di protezione dei dati personali DLG 196/2003, l'area del circolo è videosorvegliata.

Ai sensi della legge 675/1996 sulla tutela dei soggetti nel trattamento dei dati personali, si autorizza il trattamento dei dati personali e delle immagini riprese nel corso della Scuola Canottaggio e Manifestazioni sportive.

Barrare la casella qualora NON si da autorizzazione al Circolo Canottieri Roma al trattamento degli stessi nei termini di legge. Afferma inoltre di aver preso visione delle clausole del regolamento del Centro e di accettarle per intero.

**Gli eventuali ritiri dalla scuola dovranno essere comunicati tempestivamente alla Segreteria del Circolo in forma scritta. L'intera quota annuale dovrà comunque essere corrisposta salvo presentazione di idonea certificazione medica.**

### Allegati

### Certificato medico

SI

NO

Firma

---