



CANOTTAGGIO

CORSO MASTER



Il/ La sottoscritto/a _____ Tel _____
 e-mail _____ nat il ____ / ____ / ____ a _____ residente a _____
 _____ C.A.P. _____ in Via _____
 Tel. ab. _____ Cell. _____ chiede di essere ammessa a frequentare il
 corso secondo le modalità di seguito precisate:

PREFERENZE DI ORARIO (da confermare con gli allenatori)

	LUN	MAR	MERC	GIOV
BISETTIMANALE		13,00		13,00
TRISSETTIMANALE	8,30	14,00		14,00

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 valido per l'idoneità agonista alla pratica del canottaggio.**

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.

Allegati:
Certificato medico

SI

NO

Firma
