



FOTO

PRE ISCRIZIONE

CANOTTAGGIO

CORSO MASTER FEMMINILE



_____ sottoscritt / _____ Cell _____ e-mail _____

nat. il ____ / ____ / ____ a _____ codice fiscale _____

residente a _____ C.A.P. _____ in Via _____

Tel.ab. _____ chiede di essere ammess__ a frequentare il corso secondo le modalità di seguito precisate:

PREFERENZE DI ORARIO (da confermare con gli allenatori)

BISETTIMANALE

MAR-GIOV

13:30/14:30

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.

-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 la 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

Allegati
Certificato medico

SI

NO

Firma
