

MODULO DI SCARICO DI RESPONSABILITA' per allenamenti di prova, da consegnare in palestra

IO SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____

RESIDENTE IN _____

VIA _____ CAP _____ PROV _____

TEL.ABITAZIONE _____ CELLULARE _____ E-MAIL _____

GENITORE DEL MINORE (atleta) di cui facenti veci

CODICE FISCALE _____

COGNOME _____

NOME _____

DICHIARO

1. di non essere ancora in possesso di certificazione medica per l'idoneità dell'attività sportiva non agonistica
2. di essere a conoscenza dei rischi, prevedibili ed imprevedibili, connessi alla pratica dell'attività

DICHIARO INOLTRE

3. di assumermi sin da ora ogni e qualsiasi responsabilità riguardo la persona, per danni personali e/o procurati ad altri (e/o a cose) a causa di un comportamento non conforme alle norme dell'atleta
4. per me, nonché per i miei eredi e/o aventi causa, di sollevare l'A.S.D Fitness Medico e Allenamento Funzionale i suoi collaboratori o/e dipendenti, nonché i loro eredi e/o aventi causa da ogni responsabilità per lesioni, morte e/o qualsivoglia danno (anche causato da terzi), dovesse derivare all'atleta in occasione ed a causa dell'attività svolta presso l'Associazione
5. di avere attentamente letto e valutato il contenuto del presente documento e di avere compreso chiaramente il significato di ogni singolo punto prima di sottoscriverlo. Capisco e condivido pienamente gli scopi di queste norme stabilite per la sicurezza e che non rispettarle può porre sia l'atleta che i compagni in una situazione di pericolo. Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiaro di approvare specificamente i punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 della presente scrittura.

DATA LUOGO E FIRMA **durata fino alla esecuzione della visita medica, prevista per il giorno**

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 " e del GDPR (Regolamento UE 2016/679), il sottoscritto dichiara di autorizzare l'A.S.D. Fitness Medico e Allenamento Funzionale all'utilizzo in esclusiva di tutte le immagini video e fotografiche che verranno prodotte, allo scopo di divulgare la sopracitata attività sul sito Internet o Brochure illustrative. Fornisce inoltre il consenso al trattamento dei propri dati personali da parte della stessa Associazione per le sue finalità istituzionali e amministrative.

DATA LUOGO E FIRMA **durata fino alla esecuzione della visita medica, prevista per il giorno**
