

Sport senza confini

IO SOTTOSCRITTO/A

NOME _____ COGNOME _____ DATA NASCITA _____

COM. NASCITA _____ COM.RES. _____ VIA _____ N _____

TEL _____ MAIL _____

**CHIEDO L'ISCRIZIONE al CORSO Sport senza Confini
SABATO 9.30-11.30 presso PalAramini Empoli**

☐ Ho consegnato il CERTIFICATO MEDICO di idoneità all'attività fisica NON AGONISTICA

Comunico ho necessità di FARMACO SALVAVITA ☐ SI ☐ NO

☐ Allego CERTIFICATO MEDICO e AUTORIZZAZIONE alla somministrazione del Farmaco Salvavita tipo: _____

Preso atto dell'informativa e dei diritti a me riconosciuti dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20 e 21 del Regolamento Europeo 2016/679, dichiaro ai sensi dell'art. 6, comma 1 "a" del Regolamento stesso di autorizzare al trattamento dei dati personali (ivi compresi i dati sensibili) nei limiti indicati nell'informativa stessa, e limitatamente agli scopi da essa previsti, nonché alla diffusione dei dati personali per le finalità indicate nell'informativa stessa, e limitatamente agli scopi da essa previsti.
Il trattamento dei dati suddetti, nelle relative sedi istituzionali, solo per motivi strettamente inerenti alle finalità istituzionali dell'Associazione. Dichiaro di essere a conoscenza e di accettare le coperture assicurative previste dalla tessera G. di cui chiedo il rilascio. Dichiaro di essere a conoscenza e accettare il regolamento del corso.

FIRMA del partecipante MAGGIORENNE

AUTORIZZO la pubblicazione delle immagini, sia foto che riprese, effettuate dalla UISP sul sottoscritto per uso di promozione sociale, ne vieto altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale ed il decoro.

FIRMA del partecipante MAGGIORENNE

Luogo e data _____