

AUTOCERTIFICAZIONE DI BUONA SALUTE PER ATTIVITÀ FISICA NON AGONISTICA

Il sottoscritto/a
Nato/a ain data
Residente a Provincia
CAP in via/piazza
INDIRIZZO E-MAIL
CELLULARE
Numero di EMERGENZA

DICHIARA

**SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DI ESSERE DI SANA E ROBUSTA
COSTITUZIONE FISICA PER SVOLGERE ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA.**

Dichiara altresì che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e solleva l'A.S.D. "K.S.C. Kite Sports Centre" e i suoi istruttori da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.

Data Firma.....

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere informato/a ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (privacy) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento relativo all'iscrizione del corso / lezione di kitesurf / snowkite, per il quale la presente dichiarazione viene resa e acconsente al trattamento dei dati personali e sensibili e alla comunicazione degli stessi.