

Io sottoscritto/a

Nata/o a

Il Contatto telefonico

Mail

In caso di minore indicare i dati dei due genitori

Io sottoscritto/a

nato/a a

il

DICHIARA

- di essere a conoscenza dell'attività del FITWALKING camminata sportiva
- di essere idonea/o allo svolgimento dell'attività sportiva NON agonistica e che sarà mia cura segnalare eventuali problematiche.
- di accettare l'organizzazione e lo Spirito dell'attività proposta;
- di accettare il trattamento dei miei dati personali per scopi inerenti esclusivamente all' attività ad essa legate.

Libero gli organizzatori da ogni forma di responsabilità, diretta ed indiretta, civile e penale, relativa ad eventuali problemi/incidenti fisici e/o allo smarrimento di effetti personali per furto o qualsivoglia altra ragione e/o eventuali danni e/o spese (ivi comprese le spese legali) che dovessero derivargli a seguito della partecipazione all'attività in oggetto, anche in conseguenza del proprio comportamento, di eventi accidentali e/o fortuiti. Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di accettare il trattamento alla comunicazione dei miei dati qualificati come personali e/o sensibili della citata legge, nonché alla comunicazione e diffusione dei dati, delle immagini, dei video e quant'altro per scopi esclusivamente inerenti all'attività ad essa legate. Secondo gli art.10-11-13-20 legge 675/96 per presa visione e accettazione.

Data

Firma



farmacie
comunali
BUCCINASCO



Il sindaco
Rino Pruiti