



MODULO D'ISCRIZIONE

"SETTIMANE DI PROVA"

Il sottoscritto _____, nato/a a _____
il _____ residente in _____ via _____ n° _____
Cap _____ tel _____ e-mail _____ doc.
tipo _____ n° _____ in qualità di **genitore/tutore** autorizza l'atleta
_____ nato/a a _____ residente in
_____ via _____ n° _____ Cap _____

C.F. _____ o sottoscritto, a partecipare alle attività sportive organizzate dal Sodalizio in titolo. Dichiaro altresì di sollevare da ogni responsabilità l'ASD Pallavolo Segni 2000, i suoi Legali Rappresentanti, i Tecnici, i Partners e tutto il Personale Organizzativo, da ogni responsabilità civile e penale per infortuni e/o danni di qualsiasi natura che dovessero capitare accidentalmente e/o essere cagionati nel corso delle attività sportive, all'atleta sopra menzionato.

Con la firma della presente si concede all'ASD Pallavolo Segni 2000 la completa autorizzazione all'utilizzo di foto, servizi filmati e altri strumenti di comunicazione, raffiguranti l'atleta in argomento, per qualsiasi forma di pubblicità, promozione annuncio senza pretendere alcun rimborso di qualsiasi natura e senza chiedere alcuna forma di compenso.

Si Non Acconsento al trattamento dei dati personali nel rispetto delle normative in materia.

Autorizzo l'invio di comunicazioni e/o materiale pubblicitario da parte degli Organizzatori e dei loro eventuali partner e/o sponsor.

Il firmatario della presente dichiara che l'atleta sopra menzionato, è in possesso delle qualità fisiche adatte allo svolgimento della disciplina sportiva della pallavolo in attesa che venga redatta la prevista documentazione medica d'idoneità sportiva per l'anno in corso.

Apponendo la propria firma, dichiaro di accettare incondizionatamente quanto scritto nel presente modulo e di aver preso visione e di accettare sia le norme del regolamento di gioco sia le coperture assicurative.

Segni, _____ Firma (*leggibile*) _____