



MODULO DI ISCRIZIONE

Scuola vela 2022



Io sottoscritto:

NOME:	COGNOME:
NATO/A IL:	A:
RESIDENTE A:	COD.FISCALE:
TELEFONO:	CELLULARE:
EMAIL:	CELLULARE 2:

genitore dell'allievo:

NOME:	COGNOME:	
NATO/A IL:	A:	COD. FISCALE:

*richiedo l'iscrizione al corso settimanale con orario 10:00 – 18:00:
(barrare la/e settimana/e di interesse)*

1 ° CORSO	da Lunedì 13 Giugno a Venerdì 24 Giugno
2 ° CORSO	da Lunedì 27 Giugno a Venerdì 8 Luglio
3° CORSO	da Lunedì 11 Luglio a Venerdì 22 Luglio
4° CORSO	da Lunedì 25 Luglio a Venerdì 05 Agosto
5° CORSO	da Lunedì 08 Agosto a Venerdì 19 Agosto

desidero usufruire del servizio di pre-accoglienza dalle 08:00 (*maggiorazione 30€*) :

SI

NO

Autorizzo mio figlio/a alla pratica della vela utilizzando un' imbarcazione di proprietà della Società Vela "Oscar Cosulich" e rinuncio sin da ora a qualsiasi rivalsa nei confronti della Società Vela "Oscar Cosulich" o dei suoi responsabili per qualsiasi incidente dovesse capitare a mio figlio/a durante l'esercitazione dell'attività velica.

Dichiaro esplicitamente di assumere a mio carico ogni e qualsiasi responsabilità in conseguenza della partecipazione al corso del/la figlio/a, ed a comprova faccio risultare la sottoscrizione sul presente modulo.

Dichiaro inoltre che il minore è dotato di **capacità natatoria** e **non presenta** allergie, patologie o controindicazioni di **qualsiasi natura** incompatibili col corso e/o tali da dover essere segnalate.

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13 del D.lgs n. 196/2003, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, nell'ambito del procedimento per il quale il presente modulo viene compilato e nell'ambito del tesseramento alla Federazione Italiana Vela. Concedo pieno diritto e permesso alla Società Organizzatrice di pubblicare e/o trasmettere tramite qualsiasi mezzo mediatico, ogni fotografia o ripresa filmata di persone o barche durante il corso.

Sono consapevole che, in caso di **cancellazione dei corsi** legati a disposizioni delle Autorità competenti o per motivi di forza maggiore, il costo della quotaverrà rimborsato ad esclusione del costo della tessera FIV.

Letto ed accettato senza riserva alcuna

Data: ____/____/2022

FIRMA: _____

Allegati:

- Certificato medico