



IL SOTTOSCRITTO:

COGNOME

NOME

GENITORE DI:

COGNOME

NOME

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

NAZIONALITÀ

RESIDENZA

VIA

N CIVICO

CAP

CODICE FISCALE

TELEFONO

MAIL

SCADENZA VISITA MEDICA

INTOLLERANZE/ALLERGIE/ALTRO

DICHIARO

di essere a conoscenza e di autorizzare il/la proprio/a figlio/a a partecipare, sollevando la società ASD CAVERNAGO da ogni responsabilità per fatti e/o circostanze che dovessero verificarsi, per il mancato rispetto delle disposizioni impartite dagli allenatori e accompagnatori .

FIRMA DEL GENITORE

In ottemperanza alle norme vigenti sulla privacy, GDPR –Regolamento UE n. 679/2016, ai fini della tutela delle persone e altri soggetti in materia di trattamento dei dati personali, si informa che gli stessi saranno trattati in via primaria esclusivamente per finalità connesse all'attività sopra riportata.

Il genitore dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla Privacy presente presso la segreteria della società ASD CAVERNAGO.

Il genitore, acconsente, per il minore rappresentato, alle riprese video e di fotografie sia statiche che dinamiche, come singolo o di gruppo.

CONCEDE ED AUTORIZZA, in osservanza della normativa vigente, in particolare degli artt. 10 e 320 del codice civile e degli artt. 96 e 97 della legge nt. 633/1941 la società sportiva ASD CAVERNAGO alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma di materiale fotografico riguardante mio figlio sul sito Internet, sulla pagina Facebook "@asdcavernago", Instagram "ASD CAVERNAGO", canale you tube "ASD CAVERNAGO" e su qualsiasi altro mezzo di diffusione; nonché alla fornitura del suddetto materiale a testate giornalistiche e siti web individuati dalla sopracitata società sportiva. Autorizzano altresì la conservazione e l'archiviazione delle fotografie individuali e di squadra presso gli archivi informatici della società stessa.

La presente liberatoria potrà essere revocata in qualsiasi momento con comunicazione scritta da inviare presso la sede dell'ASD CAVERNAGO o all'indirizzo mail asdcavernago@libero.it.

ESPRIMO IL CONSENSO

NEGO IL CONSENSO

LUOGO

DATA

FIRMA DEL GENITORE

Per ulteriori informazioni potete contattare la segreteria ASD CAVERNAGO 3792588132 mail asdcavernago@libero.it.

TAGLIA KIT

DA BAMBINO

6 ANNI

8 ANNI

12 ANNI

DA ADULTO

XS

S

M

L

XL

SETTIMANA 12 -16 GIUGNO

9:00 - 16:00

9:00 - 17:00

SETTIMANA 19 -23 GIUGNO

9:00 - 16:00

9:00 - 17:00

SETTIMANA 28 AGOSTO - 1 SETTEMBRE

9:00 - 16:00

9:00 - 17:00

PAGAMENTO

POS

CONTANTI

BONIFICO

ASSEGNO

QUOTA PAGATA

DATA PAGAMENTO

BONIFICO BANCARIO:INTESTAZIONE: **ASD CAVERNAGO**IBAN: **IT06M085145390000000201111**