

Modulo di Scarico Responsabilità

Spett.le Benefit Training Studio A.S.D.

Io sottoscritto/a (Nome).....(Cognome).....
nato/a il/...../....., a, Prov.(.....), Stato
residente in via, n....., (località)
(CAP), Prov. (.....), Telefono, E-mail
Cod. Fiscale; Documento: tipo....., n°

DICHIARO

1. di essere in possesso di certificazione medica per l' idoneità dell'attività sportiva non agonistica
2. di essere in condizioni psicofisiche idonee per l'attività
3. di non aver assunto e di non assumere nelle 48 ore precedenti l'attività sostanze stupefacenti e/o psicotrope, di non essere sotto l'effetto di farmaci, di non aver ecceduto nel consumo di bevande alcoliche e cibo
4. di essere a conoscenza dei rischi, prevedibili ed imprevedibili, connessi alla pratica dell'attività pur non potendosi considerare tale un'attività potenzialmente pericolosa

DICHIARO INOLTRE

5. di assumermi sin da ora ogni e qualsiasi responsabilità riguardo la mia persona, per danni personali e/o procurati ad altri (e/o a cose) a causa di un mio comportamento non conforme alle norme
6. . per me, nonché per i miei eredi e/o aventi causa, di sollevare l'A.S.D Benefit Training Studio, i suoi collaboratori o/e dipendenti, nonché i loro eredi e/o aventi causa da ogni responsabilità per lesioni, morte e/o qualsivoglia danno (anche causato da terzi), dovesse derivare alla mia persona in occasione ed a causa dell'attività svolta presso l'Associazione
7. di avere attentamente letto e valutato il contenuto del presente documento e di avere compreso chiaramente il significato di ogni singolo punto prima di sottoscriverlo. Capisco e condivido pienamente gli scopi di queste norme stabilite per la mia sicurezza e che non rispettarle può porre sia me che i miei compagni in una situazione di pericolo. Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiaro di approvare specificamente i punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 della presente scrittura.

Per il minore firma di chi esercita la patria potestà

Luogo e data _____ Firma _____

CONSENSO – Ricevuta Decreto legislativo n. 196/2003 (codice sulla privacy)

Ricevuta informativa circa l'art. 13 del Codice sulla privacy e preso atto dei diritti di cui agli artt. 7 e segg., esprimo – per quanto occorrere possa ed ai fini previsti dalla legge – il consenso al trattamento dei miei dati personali da parte dell'A.S.D. Benefit Training Studio per le sue finalità istituzionali, connesse o strumentali, con l'autorizzazione alla loro comunicazione ai terzi facenti parte delle categorie indicatemi, nonché alla loro diffusione entro i limiti stabiliti.

Firma per prestazione del consenso ai sensi del Codice sulla Privacy, per prestazione del consenso trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto legislativo 196/2003.

Luogo e data _____ Firma _____



BENEFIT TRAINING STUDIO Associazione Sportiva Dilettantistica
Via Costantino Maes 98 00162 Roma C.F. 97880610585 Tel. 3407776099
Iscritta al Registro Nazionale CONI n. 268740 Affiliata CSEN n. 51453
E-mail info@benefittrainingstudio.it Web www.benefittrainingstudio.it

