MODULO D'ISCRIZIONE ALLA VOGALONGA

Domenica 27 Ottobre 2019

Cognome* ……..... Nome* ……

e-mail* ……. telefono ……

Sesso |_| M |_| F Nato/a a …… il ……

Residente a ……..…… indirizzo ……

Tipo imbarcazione ..……..

Associazione sportiva ……..

Federazione sportiva / ente di promozione sportiva di appartenenza*:

|_| FIC |_| FICK |_| ACSI numero tessera: ……..

|_| Nessuna, richiedo tesseramento ACSI

codice fiscale* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (obbligatorio se richiede tesseramento ACSI)

DICHIARAZIONE

il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, di:
- essere in possesso di certificato medico di idoneità all'attività sportiva non agonistica in corso di validità;
- essere in grado di nuotare;
- di sollevare l'Ente Organizzatore e tutti gli enti patrocinanti da qualsiasi responsabilità per danni a persone e/o cose che si possono verificare prima, durante e dopo la manifestazione;
- di essere responsabile della sicurezza della propria imbarcazione e della rispondenza delle stessa alle esigenze della navigazione lungo il percorso della manifestazione;
- di aver preso visione del regolamento della manifestazione visibile su www.palermorema.it e di accettarne il contenuto;
- nel caso di richiesta di tesseramento ACSI, dichiara di aver preso visione dello Statuto ACSI e di accettarlo insieme alle condizioni delle polizze assicurative visionabili su www.acsi.it;
- concede il proprio consenso - ai sensi del D.L. n. 196/2003 - all'utilizzo da parte dell'organizzazione dei propri dati personali come indicato nel regolamento della manifestazione;
- concede l'autorizzazione ad utilizzare fotografie, nastri video e qualsiasi cosa relativa alla mia partecipazione per qualsiasi legittimo utilizzo senza remunerazione.

Ai sensi del D.L. n. 196/2003 autorizzo ed estimo il mio libero consenso al trattamento dei dati personali per i seguenti fini: elaborazioni di studi, ricerche di mercato, invio di materiale promozionale e informativo non legati all'organizzazione.

| _| autorizzo

| _| non autorizzo (se non si autorizza la iscrizione non potrà essere formalizzata)

Data ..... **Firma** .....

La parte sotto è da compilare a carico dell'organizzazione

Quota di partecipazione **10 EURO** versata SI |_| NO |_|

Allega copia certificato medico: SI |_| NO |_|

Note:	NUMERO PETTORALE