



## **AUTORIZZAZIONE PER LO SVOLGIMENTO DEL PERIODO DI PROVA**

**RICHIEDENTE** Io sottoscritto/a ..... di Nazionalità .....  
(nome e cognome del genitore)  
residente in ..... (.....) C..A.P.....

Via/Viale o Piazza ..... n° ..... Tel. Abitazione .....

Cellulare ..... E-mail .....

*In qualità di esercente la potestà genitoriale di:* **MINORE** .....  
(cognome e nome del figlio/a)  
nato/a il .....a .....  
(data di nascita figlio/a) (Città o Stato Estero) (Pv)

### **CHIEDO**

**LA PARTECIPAZIONE DEL/DELLA MINORE DI CUI SOPRA per lezioni di prova gratuita**

### **DICHIARO**

- Che il/la partecipante alle lezioni di prova non è affetto/a da patologie psico-fisiche.  
 che ha effettuato una visita medico sportiva che consegnerà al più presto.  
 che ha già effettuato una visita medico sportiva, ma è scaduta la validità.  
 che NON HA MAI effettuato una visita medico sportiva.
- Di essere consapevole che, nel periodo di prova, svolgendo attività sportiva di tipo occasionale, in attesa dell'eventuale successiva iscrizione, mio figlio/a è scoperto/a di assicurazione FIDAL (ricordando che la copertura sanitaria è garantita dallo stato) assumendomi pertanto ogni responsabilità in caso di eventuale infortunio.
- SOLLEVO anticipatamente da ogni e qualsiasi responsabilità presente e futura l'A.S.D. Atletica San Bonifacio Valdalpone e ogni suo collaboratore o incaricato da ogni e qualsivoglia responsabilità per danni a persone o cose che il minore dovesse causare nel periodo di prova nello svolgimento dell'attività sportiva.

La compilazione del presente modulo e la firma comportano l'accettazione del trattamento dei dati personali (exD.Lgs196/03) per la tutela della persona e di altri soggetti. I dati non saranno ceduti a terzi ma serviranno esclusivamente per la gestione dell'attività sportiva.

Data

FIRMA del genitore