

## ACSD ALAMBRADO

Corte di Altovedi 47

50036 Vaglia (FI)

P.I. 05351330484 C.F. 90013560488

TEL. 055/6812578 e FAX 055/3830961

[www.alambradodanza.it](http://www.alambradodanza.it) [www.florencesummerdance.com](http://www.florencesummerdance.com)

## CERTIFICAZIONE SALUTE

Ciascun ballerino/a deve compilare e firmare (o far firmare per i minori) il presente modulo

## SELEZIONE PER ASSEGNAZIONE BORSE DI STUDIO per la manifestazione "Summer Dance in Italy"

### SOLO PER MAGGIORENNI:

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a (città) \_\_\_\_\_

(indirizzo) \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### In quanto maggiorenne, DICHIARO

di essere consapevole della natura ludico-ricreativa e dell'impegno fisico dell'attività motoria che intendo praticare all'interno della selezione, così come anche delle opportunità di consultare preventivamente, per questo, il mio medico curante. Dichiaro inoltre, sotto mia responsabilità e a piena conoscenza delle conseguenze penali previste per le dichiarazioni false dall'art. 76 del DPR 445/2000, di essermi sottoposto/a a visita medica nell'arco dei dodici mesi precedenti la manifestazione, che attesti la sana e robusta costituzione e l'assenza di controindicazioni alla pratica coreutica.

### PER TUTTI I MINORENNI:

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

In quanto genitore del minore \_\_\_\_\_

Minore nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Residente a (città) \_\_\_\_\_

(indirizzo) \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**AUTORIZZO** mio/a figlio/a a partecipare alla selezione per l'assegnazione delle borse di Studio per il workshop "Summer Dance in Italy", sollevando da ogni responsabilità l'Organizzazione in ordine alla partecipazione del minore.

**DICHIARO** di essere consapevole della natura ludico-ricreativa e dell'impegno fisico dell'attività motoria che mio/a figlio/a intende praticare all'interno della selezione, così come anche delle opportunità di consultare preventivamente, per questo, il suo medico curante.

Dichiaro inoltre, sotto mia responsabilità e a piena conoscenza delle responsabilità penali previste per le dichiarazioni false dall'art. 76 del DPR 445/2000, che mio/a figlio/a è stato/a sottoposto/a a visita medica nell'arco dei dodici mesi precedenti la manifestazione, che attesti la sana e robusta costituzione e l'assenza di controindicazioni alla pratica coreutica.

Compilando e firmando il presente modulo si dichiara di essere al corrente di quanto indicato dal regolamento.

Si dichiara che i ballerini non percepiscono né chiedono di percepire alcun compenso, in quanto trattasi di esibizioni effettuate a titolo gratuito, con finalità di diffondere e promuovere l'arte e la cultura della danza, come da circolare 21 del 4/6/2002. Si riconoscono in via esclusiva all'Organizzazione, con rinuncia irrevocabile a qualsiasi compenso, tutti i diritti inerenti alle registrazioni audio o video effettuate durante la manifestazione con qualunque apparecchiatura. Si declina e si manleva la acsd Alambardo da qualsiasi responsabilità civile o penale inerente o conseguente alla manifestazione. Si dà l'assenso all'utilizzo dei dati personali e sensibili, ai sensi del nuovo codice sulla Privacy (D.Lgs 196 del 30 giugno 2003)

DATA..... FIRMA (maggiorenne o genitore).....