



## NORDIC WALKING SMILE PASSI AMICI

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

### DICHIARA

- di esonerare il Maestro e gli Istruttori da danni, infortuni od incidenti occorsi durante lo svolgimento delle attività sociali e non coperti dall'assicurazione compresa nel tesseramento del CSI;
- di autorizzare l'utilizzo di immagini fotografiche personali sia fisse che in movimento, inerenti all'attività ad uso informativo delle iniziative del Nordic Walking Smile Passi Amici, senza alcuna remunerazione;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003;
- di essere a conoscenza che l'Assicurazione Infortuni presso il C.S.I. (Centro Sportivo Italiano) decorrerà dopo 24 ore dal tesseramento il quale verrà effettuato a seguito della consegna del certificato medico non agonistico per attività sportiva; fino ad allora verrà svolta solo attività teorica non sportiva;

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_