

Assunzione di responsabilità liberatoria all'esercizio fisico sportivo non agonistico

Il/La sottoscritta*

Iscritto/a al Palio dei Bisnenti, nella squadra

Dichiara di non essere in possesso della richiesta visita medica.

Dichiara di assumersi ogni responsabilità e di esonerare l'Associazione "Comitato Palio dei Bisnenti" da ogni e qualsivoglia responsabilità civile e penale, relativamente a qualsiasi danno fisico, morale, biologico e/o di altra natura che possa verificarsi nello e/o a causa dello svolgimento dell'attività fisica durante il Palio dei Bisnenti. Conseguenti alla mancanza della visita medica e/o da patologie non dichiarate o non conosciute al momento della sottoscrizione della presente dichiarazione.

La presente assunzione di responsabilità è temporanea e la sua validità è limitata esclusivamente allo svolgimento del "Palio dei Bisnenti".

In ogni caso il Comitato Palio dei Bisnenti accetta l'assunzione di responsabilità che però non può in ogni caso, sostituire il certificato medico.

Luogo, data Firma

In caso di minore, firma dei genitori o del genitore o altro affidatario del minore che si assume ogni responsabilità per quanto sopra dichiarato. In caso di firma di un solo genitore o affidatario la sottoscrizione vale anche come dichiarazione di essere legittimato a rappresentare validamente il minore .

Luogo, data Firma

Luogo, data Firma

Il/la sottoscritta, ricevuta l'informativa e preso atto dei diritti di cui all'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.Lg. N. 196/2003), e debitamente informato sulle modalità di esercizio del diritto di accesso ai dati personali ex art.7 **esprime il consenso al trattamento dei dati personali** effettuato dall'Associazione Comitato Palio dei Bisnenti per finalità di promozione della manifestazione.

Luogo, data Firma