



**ISCRIZIONE SCUOLA VELA
ADULTI
AVAL Associazione Velica Alto Lario A.s.d.**

Il/La sottoscritto/a

nato/a il a (.....) CF

residente in via n°

Città cap prov

Tel E-mail

chiede di poter frequentare i corsi adulti

scrivere i 4 week end preferiti da aprile a ottobre:

1° 2°

3° 4°

Ha già frequentato corsi ☐ sì / ☐ no

Pernottamento in foresteria ☐ sì / ☐ no

Allego certificato medico ☐ sì / ☐ no

Allergie alimentari

Come sei venuto a conoscenza di questo corso?

Allego certificato medico ☐ sì / ☐ no

TUTELA DELLA PRIVACY

DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER LA PUBBLICAZIONE DELLE IMMAGINI, NOMI E VOCI

(D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali") AUTORIZZA l'AVAL A.S.D. a divulgare, senza limiti di tempo, spazio e supporto e senza avere nulla a pretendere in termini di compenso o diritti, il prodotto fotografico, o l'eventuale ripresa video, realizzato a scopo pubblicitario - educativo - didattico, e contenente nome, immagini e voce.

Autorizzo ☐ / Non autorizzo ☐

Firma Data