

PROVA GRATUITA - UNA SETTIMANA / DOMANDA DI AMMISSIONE ALL'ASSOCIAZIONE

Il/la Sottoscritto/a _____ Nato/a a _____ Il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____ Cap. _____

C.F. _____ Tel. _____

Cell _____ E-mail _____

(Facoltativa, per riceve newsletter, promozioni commerciali nel rispetto del REG.UE no.2016/679 GDPR4)

chiede di essere ammesso alla pratica delle attività sportive della Palestra Playoff by A.S.D. SportIdea

Dichiara di aver preso nota dello statuto e di accettarlo integralmente.

NORME BASE

Art.1 - Tutte le attrezzature della Palestra dovranno essere usate con diligenza, prudenza e sotto la diretta supervisione degli istruttori. Eventuali danni alle attrezzature, alla propria persona, a terzi o alle cose, causati dalla mancata osservanza di quanto sopra esposto, esonera la Palestra da qualunque responsabilità e comporta per l'utente il risarcimento dei danni.

Art.2 - Gli spogliatoi sono incustoditi, saranno disponibili 15 minuti prima dell'inizio del corso o dell'orario della sala attrezzi e dovranno essere lasciati liberi non oltre 20 minuti dopo. Gli spogliatoi possono essere in comune con atleti di squadre che giocano nei campi. La direzione declina ogni responsabilità per eventuali furti o danneggiamenti per quanto lasciato incustodito.

Art.3 - La durata di tutti gli abbonamenti per i corsi e la sala attrezzi, è da intendersi al mese solare e non al numero di lezioni o di ingressi. Pertanto il pagamento è da considerarsi forfetario (mese, trimestrale, semestrale o annuale) e non per il numero di ore.

Art.4 - Il pagamento dei corsi e l'utilizzo della sala attrezzi deve essere corrisposto entro il termine dell'abbonamento precedente.

Art.5 - All'atto dell'iscrizione deve essere presentato un certificato medico attestante l'idoneità sanitaria allo svolgimento dell'attività sportiva non agonistica e su richiesta della segreteria un certificato medico. La mancata presentazione del certificato esula l'asd sportidea ed il suo presidente da ogni responsabilità in caso di infortunio o di incidente.

Art.6 - L'eventuale assenza ai corsi giustificata dal certificato medico dà il diritto al recupero delle lezioni perse.

Art.7 - Per tutti i corsi è richiesto un numero minimo di 8 partecipanti.

Art.8 - Il mancato rispetto anche di un solo punto del regolamento può essere considerato "giustificato motivo" per l'espulsione dalla palestra

Art.9 - La compilazione di questo modulo ti permette di richiedere la tua settimana di prova GRATIS! Potrai usufruire di tutti i servizi ed attività della nostra palestra per ben 7 giorni in modo completamente gratuito! **NOTA BENE:** il certificato medico è assolutamente necessario anche per questo periodo omaggio presso la nostra palestra, al fine di tutelare la tua incolumità! Se non ne hai uno valido, possiamo aiutarti noi col nostro medico convenzionato: chiedi al nostro staff come fare!

Prende atto anche che: 1) questa richiesta non costituisce alcun impegno o obbligo di associazione; 2) questa settimana di prova gratuita permette l'accesso libero a tutte le sale e a tutti i corsi; 3) questa prova può essere richiesta ed utilizzata UNA SOLA VOLTA nell'arco di 12 mesi.

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 1341 C.C. dichiaro di aver attentamente esaminato ed approvato le clausole del succitato Regolamento ed il relativo trattamento dei dati. Ai sensi del REG.UE no.2016/679 GDPR4)

PER CUI

Acquisite le informazioni di cui all'art.4 DEL REG.UE 2016/679, autorizza la A.S.D Sport Idea al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di aver avuto conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati sensibili di cui all'art. 7 della legge citata e cioè, nel caso specifico, i dati personali idonei a rilevare lo stato di salute nel limite delle operazioni indispensabili per accertare l'idoneità fisica alla partecipazione ad attività fisiche non agonistiche. Dichiaro inoltre sotto la sua disponibilità di essere in possesso del certificato medico di idoneità psicofisica alla attività sportiva che intende esercitare, sollevando il titolare, gli istruttori e le persone incaricate da qualsiasi responsabilità civile e penale a riguardo. Inoltre si impegna a comunicare eventuali terapie, patologie, diete in corso durante il periodo di attività. **INFORMATIVA COMPLETA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SUL SITO "WWW.PLAYOFF-FIRENZE.IT"**

Firenze, il _____

**In caso di minore firma dell'esercitante la patria podestà*

Firma leggibile _____



DO' IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI
(Facoltativa, per riceve ,INFO UTILI,newsletter,promozioni commerciali nel rispetto del REG.UE no.2016/679 GDPR4)

Come ci hai trovato? _____