

CONSENSO INFORMATO

Team _____

Box di appartenenza* _____

Categoria _____

Capitano _____

Atleta 1 _____

Atleta 2 _____

* in caso di non affiliazione, indicare "independent"

Con la presente chiediamo di partecipare all'evento sportivo **Summer Slam Team Challenge** che si terrà il 29 e 30 giugno 2019 presso il campo da Rugby del CUS Pavia, via Agostino Bassi, Pavia.

- Accettiamo di comportarci in modo leale e sportivo. Accettiamo che in caso di manipolazioni, comportamenti di disturbo o ostacolo, discussioni o commenti offensivi, condotte antisportive ed ogni possibile atteggiamento volto a danneggiare l'organizzazione, gli altri partecipanti, gli sponsor, gli spettatori o e altri presenti, possiamo essere puniti in modo arbitrario da parte dell'Organizzazione con l'Esclusione dall'evento. Tali comportamenti possono anche essere puniti con penalizzazioni in classifica. L'unico membro del Team autorizzato a conferire con l'organizzazione in merito alla gestione degli eventi che si compiranno sul e fuori dal campo gara sarà il capitano del Team.

- Accettiamo che tutti i supporti video, fotografici e media in genere, organizzati dagli operatori autorizzati dall'organizzatore con scopi promozionali, siano liberamente resi pubblici, possano essere elaborati, trasmessi su canali propri o di terzi, senza alcuna limitazione. Accettiamo che l'organizzazione ed i suoi partner usino gratuitamente ed a tempo indeterminato tutto il materiale promozionale di cui sopra che ci ritragga in qualunque azione compiuta nell'ambito della competizione, senza doverne dare ulteriore autorizzazione e senza avere nulla a pretendere da parte nostra.

- Siamo a conoscenza dei rischi prevedibili ed imprevedibili connessi all'attività sportiva della competizione e di essere in possesso di idonea certificazione medica nel rispetto della normativa sanitaria. Ci assumiamo ogni e qualsiasi responsabilità riguardo alle nostre persone, per danni procurati ad altri e/o a cose, a causa del nostro comportamento durante la competizione.

- Accettiamo di sollevare l'organizzazione e tutti i suoi partners da qualsiasi responsabilità civile e penale che possa insorgere durante la competizione e tutte le sue fasi.

- Accettiamo che l'organizzazione possa modificare le condizioni previste per l'esecuzione dell'evento, fino al suo totale annullamento per motivi imprevedibili, per cause di forza maggiore e per ragioni che non dipendono dalla sua volontà.

- Attraverso l'iscrizione al Summer Slam Team Challenge 2019, i singoli partecipanti del Team dichiarano di conoscere ed accettare le norme sportive Antidoping adottate dal Nado Italia, dalla WADA e di aver letto ed accettato nella loro totalità le regole esposte e di approvare specificatamente i punti relativi alla materia di scarico di responsabilità e annullamento.

- Acconsentiamo al trattamento dei nostri dati personali, secondo le disposizioni previste dall'art.13 del Codice sulla Privacy.

- Preso atto dei nostri diritti secondo quanto stabilito dagli artt.7 e succ, del D.Lgs. nr 196/2003) consentiamo il trattamento dei nostri dati da parte dell'organizzazione e di tutti i suoi partners, per i fini previsti dalla legge per la gestione delle informazioni nell'ambito delle varie fasi amministrative ed organizzative della competizione. In caso di nostra volontà alla cancellazione successiva dei dati scrivere a: zer03 srl – bc-co@libero.it

- Abbiamo inteso e condividiamo pienamente gli scopi delle regole esposte nel presente documento, stabilite per garantire per la nostra sicurezza e che il non rispettarle può determinare situazioni di pericolo per noi stessi e per gli altri.

Firma per accettazione

CAPITANO _____

ATLETA 1 _____

ATLETA 2 _____

Capitano

Nome _____	Cognome _____
Luogo di nascita _____	Data di nascita _____
Sesso _____	C. Fiscale _____
Indirizzo _____	Città _____
Cap _____	Provincia _____
Telefono _____	E-mail _____

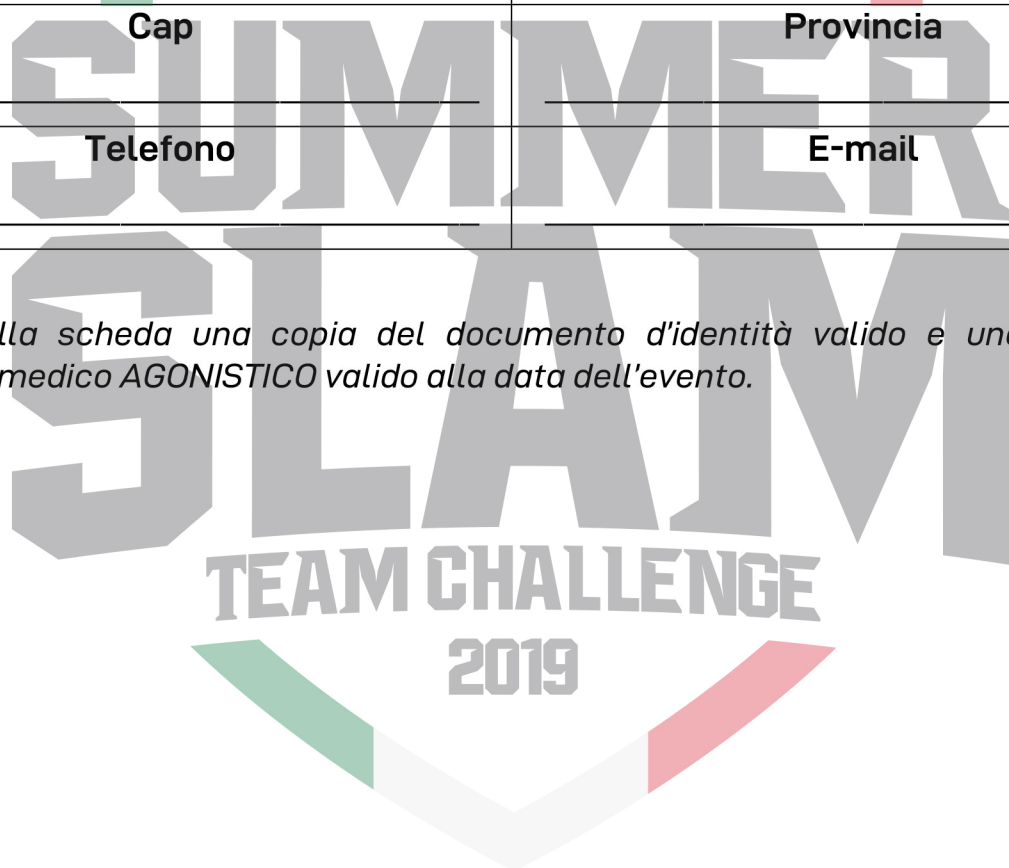
Allegare alla scheda una copia del documento d'identità valido e una copia del certificato medico AGONISTICO valido alla data dell'evento.



Atleta 1

Nome _____	Cognome _____
Luogo di nascita _____	Data di nascita _____
Sesso _____	C. Fiscale _____
Indirizzo _____	Città _____
Cap _____	Provincia _____
Telefono _____	E-mail _____

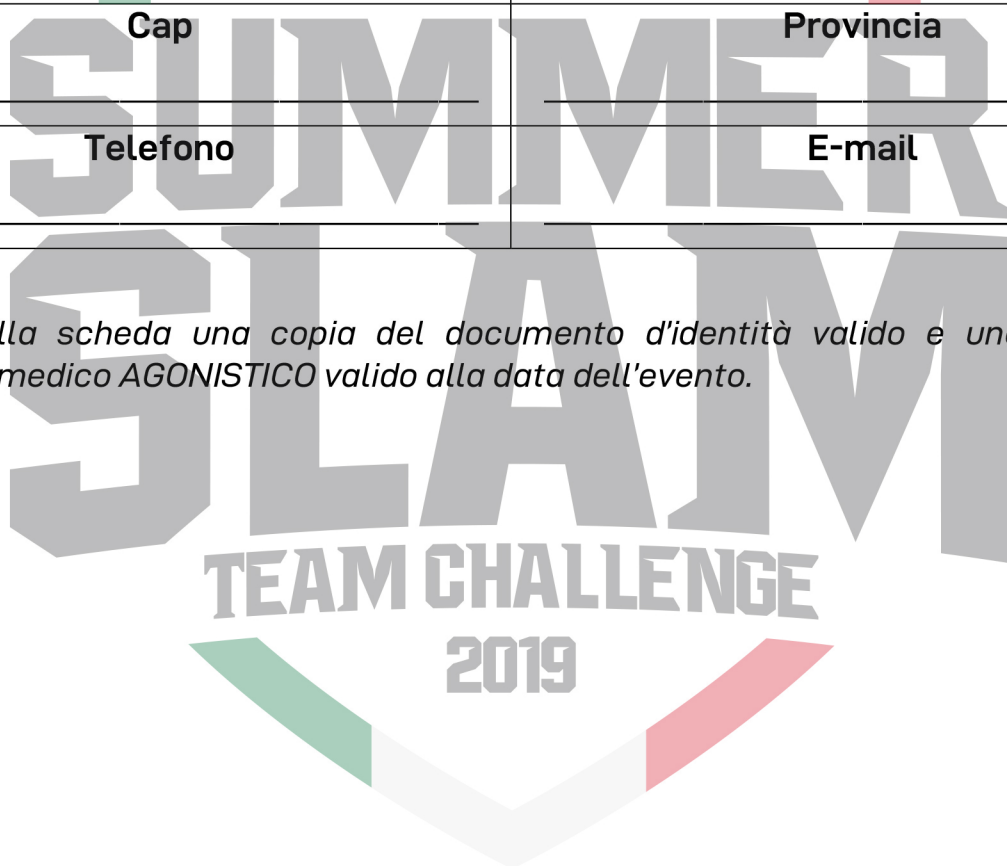
Allegare alla scheda una copia del documento d'identità valido e una copia del certificato medico AGONISTICO valido alla data dell'evento.



Atleta 2

Nome _____	Cognome _____
Luogo di nascita _____	Data di nascita _____
Sesso _____	C. Fiscale _____
Indirizzo _____	Città _____
Cap _____	Provincia _____
Telefono _____	E-mail _____

Allegare alla scheda una copia del documento d'identità valido e una copia del certificato medico AGONISTICO valido alla data dell'evento.



Minori di 18 anni

Da compilarsi solo in caso di richiedente minore

Il sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. (____) il _____

Codice Fiscale _____

in qualità di _____ del richiedente
(nome _____ cognome _____)

dichiara di accettare, in base a quanto previsto dal Codice Civile sull'esercizio della Patria Podestà, la partecipazione all'evento sportivo **Summer Slam Team Challenge** del proprio figlio/a.

Dichiaro inoltre di essere a conoscenza delle disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive e degli obblighi conseguenti.

Firma

(genitore o esercente della patria potestà)

Allegare alla scheda una copia del documento d'identità valido e una copia del certificato medico agonistico valido alla data dell'evento.

