Io sottoscritto/a \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

nato/a a \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ prov. ( \_ \_ ) il \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_

Codice Fiscale: \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

residente a \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ prov ( \_ \_ ) in \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ n \_ \_ \_ \_

Cell \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Email \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Facente parte di Associazione/Ente/Altro \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

**Iscritto al Corso:** \_ \_ \_ \_ \_ \_\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

|  |
| --- |
| **Autorizzazione a rimanere informato sulle iniziative organizzate dal Dipartimento Sanità Pubblica** (ai sensi dell’articolo 13 GDPR 2016/679)   * Acconsento * Non Acconsento |

|  |
| --- |
| **Autorizzazione per l’utilizzo/pubblicazione di immagini (foto) scattate durante il corso, ai fini divulgativi e di promozione di ulteriori iniziative promosse dal Dipartimento di Sanità Pubblica** (ai sensi dell’articolo 13 GDPR 2016/679)   * Acconsento * Non Acconsento |

L’informativa al trattamento dei dati è disponibile sul siti dell’Ausl Romagna nella sezione Prevenzione e Promozione della Salute e ne può essere richiesta copia agli organizzatori dell’evento.

**Revoca del consenso**

Lei ha sempre diritto di revocare per iscritto in qualsiasi momento il consenso al trattamento dei Suoi dati scrivendo all’indirizzo e-mail promo[salute.ce@auslromagna.it](mailto:salute.ce@auslromagna.it)

l trattamento dei Suoi dati effettuato prima della revoca rimane lecito.

Data Firma del dichiarante

|  |
| --- |
| **DICHIARAZIONE LIBERATORIA** |

Io sottoscritto/a \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

nato/a a \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ prov. ( \_ \_ ) il \_ \_ / \_ \_ /\_ \_ \_ \_

**Dichiaro**

sotto la mia responsabilità di essere di sana e robusta costituzione fisica, senza controindicazioni di sorta alla pratica sportiva;

e di non aver avuto indicazioni mediche che impediscano o rendano sconsigliabile o pongano dei limiti a qualsiasi pratica motoria e sportiva in genere.

**Dichiaro**

con la sottoscrizione del presente modulo, di esonerare e sollevare da ogni responsabilità civile e/o penale per incidenti/infortuni/lesioni subiti per se stessi o cagionati a terzi, compresi infortuni cagionati da altri partecipanti, smarrimento di oggetti ed effetti personali, l'Azienda Ausl della Romagna,  i suoi collaboratori, addetti e incaricati;

nonché di rinunciare ad azioni civili e/o penali nei confronti della Azienda Ausl della Romagna e dei suoi collaboratori  addetti ed incaricati per fatti o atti derivanti dalla partecipazione alla iniziativa precitata.

Il dichiarante conferma di aver letto e compreso la presente dichiarazione liberatoria prima di apporvi la firma.

Data Firma del dichiarante