



Associazione Onlus
AGENDA
Grottaferrata



COMUNE DI GROTTAFERRATA
Città Metropolitana di Roma Capitale
piazzetta Eugenio Conti 1 - Grottaferrata



Polo Sportivo Integrato dei
Castelli Romani

PROGETTO SPECIALMENTE-ABILE
MODULO RICHIESTA PARTECIPAZIONE

(compilare in ogni sua parte)

COGNOME.....NOME.....

DATA DI NASCITA.....LUOGO.....

INDIRIZZO.....

CITTA'.....PR.....CAP.....

TELEFONO.....EMAIL.....

EZIOLOGIA PRIMARIA (se conosciuta).....

DISABILITA' SI NO

DISAGIO SOCIALE SI NO

USA CARROZZINA SI NO

TEAM DI APPARTENENZA.....

MI ALLENO e COMPETO NELLE DISCIPLINE,.....

MI ALLENO MA NON COMPETO NELLE DISCIPLINE,.....

PARTECIPO A TUTTE ATTIVITA' PREVISTE NEL PROGETTO SI NO

ATTIVITA' PREVISTE IN PROGETTO	HO DIFFICOLTA' A PARTECIPARE A QUESTO SPORT
NUOTO	NUOTO <input type="checkbox"/>
CALCIETTO A 5	CALCIETTO A 5 <input type="checkbox"/>
DANZA	DANZA <input type="checkbox"/>
CANOTTAGGIO	CANOTTAGGIO <input type="checkbox"/>
EQUITAZIONE	EQUITAZIONE <input type="checkbox"/>
SITTING VOLLEY	SITTING VOLLEY <input type="checkbox"/>
BOWLING	BOWLING <input type="checkbox"/>

Io sottoscritto dichiaro di voler aderire al Programma **“Specialmente-ABILE”** condividendone filosofia, principi fondamentali. Dichiaro sotto la mia responsabilità che i dati indicati nel presente modulo da me compilato sono veritieri.

Dichiaro inoltre, sotto la mia responsabilità di aver consegnato la certificazione che attesta la disabilità intellettiva ed il certificato di stato di buona salute (art.2 D.M. 28/2/1983) per lo svolgimento di attività sportiva non agonistica di cui al presente progetto. Sono consapevole che, nel caso di Sindrome di Down, è raccomandato di eseguire un esame radiografico nelle proiezioni standard e dinamiche del rachide cervicale al fine di individuare eventuali patologie correlate alla Sindrome di Down. Tale esame è consigliato per tutti gli sport previsti nel progetto e in particolare a qualsiasi esercizio che comporti un eccessivo sforzo sulla testa o sul collo. I referti dovranno essere visionati dal medico che rilascerà il certificato di stato di buona salute.

Dichiaro di aver letto e conoscere la normativa sulla privacy e che, pertanto, sono a conoscenza che l'Amministrazione proponente l'evento, Comune di Grottaferrata, potrà rivelare, ai soggetti coinvolti nell'organizzazione delle sue attività, i miei dati personali (anche sensibili), compresi quelli raccolti attraverso questo materiale di adesione, per la tutela della mia salute nell'ambito delle attività organizzate dal progetto, e per la costituzione e nascita del progetto POLO SPORTIVO INTEGRATO DEI CASTELLI ROMANI, nonché per organizzare servizi, filmati e foto relativi a tali attività e di cui rilascio con la sottoscrizione completa liberatoria.

Con la firma, autorizzo il Comune di Grottaferrata al trattamento dei miei dati personali (anche sensibili), in riferimento al D.lgs. 30.06.2003 N° 196 e successive modifiche.

Firma Atleta maggiorenne o del Tutore/ Genitore (se l'Atleta è interdetto o minorenne)

.....Data

Con la firma, autorizzo il Comune di Grottaferrata e per suo tramite l'Associazione Agenda Onlus, in qualità di organizzatrice, a fare uso della mia immagine video o fotografica, senza alcun indennizzo, allo scopo di pubblicizzare, promuovere, sostenere o comunicare le attività che l'Amministrazione Comunale di Grottaferrata volesse intraprendere e sostenere.

Firma Atleta maggiorenne o del Tutore/ Genitore (se l'Atleta è interdetto o minorenne)

.....Data