

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA JSTUDY

DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITA' PER ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____) il ____/____/____
residente a _____ (____) CAP _____ Via/Piazza _____ n° _____
Codice Fiscale _____
telefono _____ e-mail _____
per conto proprio/ quale esercente la potestà genitoriale sul minore _____
nato/a a _____ (____) il ____/____/____, residente a _____ (____) CAP _____
Via/Piazza _____ n° _____, Codice Fiscale _____

PREMESSO CHE

1. chiedo di essere accolto al corso di danza e/o fitness presso la A.S.D. JStudy in Via Toscanini 24 a Gallarate;
2. sono stato debitamente informato circa la necessità di produrre certificazione medica attestante la mia idoneità all'esercizio dell'attività sportiva non agonistica come previsto dal D.M. 28/2/1983 che impone il controllo sanitario per la pratica sportiva NON agonistica a coloro che svolgono attività organizzate dal C.O.N.I., da società o a.s.d. affiliate alle Federazioni sportive nazionali o agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal C.O.N.I.;
3. chiedo di essere ammesso a frequentare il centro sin dalla data del presente atto, in attesa della produzione della suddetta certificazione;
4. sono consapevole di non avere copertura assicurativa;

DICHIARO SOTTO LA MIA ESCLUSIVA RESPONSABILITA'

- a. nella piena consapevolezza dei potenziali rischi per la mia salute conseguente alla mancanza di una visita medica preventiva, la mia piena volontà di frequentare il corso di danza e/o fitness a partire dalla data del presente atto pur in assenza di certificazione medica attestante la mia idoneità all'esercizio dell'attività sportiva non agonistica;
- b. di essere in buone condizioni fisiche e di godere di buona salute, di non essere portatore di impedimenti o patologie invalidanti, anche temporanee, allo svolgimento dell'attività di danza e/o fitness, nonché l'attività sportiva non agonistica. In particolare dichiaro di non avere disfunzioni cardiache o vascolari, né di assumere farmaci soggetti a prescrizione medica o che possano alterare i normali parametri funzionali fisici;
- c. di sollevare l'A.S.D. JStudy, da ogni e qualsiasi responsabilità civile e penale nei confronti miei e dei miei aventi causa, per danni alla persona e/o patrimonio, che io possa subire nel corso della frequentazione del corso di danza e/o fitness a causa delle mie condizioni di salute;
- d. prendo atto e riconosco che la presente liberatoria concerne qualsiasi attività (sportiva & non) da me svolta presso il centro.
- e. di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016 per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione e nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi fiscali, legali ed assicurativi previsti dalle norme.

La presente assunzione di responsabilità è temporanea. Per cui esaurito l'effetto della presente l'atleta, in mancanza di idonea certificazione, non potrà in ogni caso partecipare ad alcuna attività fino alla presentazione del **certificato medico per attività sportiva non agonistica**. Si declina ogni responsabilità per la mancata fruizione del servizio causa assenza di idonea certificazione medica.

Data _____ Firma _____

Come ci avete conosciuti _____