REALE CIRCOLO CANOTTIERI TEVERE REMO

Collare d'Oro e Stella d'Oro al Merito Sportivo

Scuola Vela FIV

DATI DEL RICHIEDENTE DEL CORSO DI VELA

__ L __ sottoscritt __ Cognome: _____ Nome: _____ Sesso: __ nat __ il ____ / ____ / _____

a: _____ Provincia: ____ Nazione: _____ C.F.:__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente: a: _____ Indirizzo: _____ Cap: __|__|__|__|__| Provincia: ____

Tel/Cell: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|e-mail: _____

Firma del Richiedente _____

AUTORIZZAZIONE PER I MINORI

__ L __ sottoscritt __ esercente la patria potestà sul minore sopraindicato, Cognome: _____ Nome: _____

Sesso: __ nat __ il ____ / ____ / _____ a: _____ Provincia: ____ Nazione: _____

C.F.: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Residente: a: _____ Cap: __|__|__|__|__|

Provincia: ____ Indirizzo: _____ Tel/Cell: __|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

e-mail: _____.

DICHIARA di autorizzarne l'iscrizione del minore _____ _____ al corso di vela.

Firma esercente patria potestà _____

IL RICHIEDENTE CHIEDE DI ISCRIVERSI AL CORSO NELLA MODALITÀ

CORSO BASE	☐SOCIO RCC	☐NON SOCIO RCC
☐ Stanziale	€ 400,00	€ 500,00
☐ Giornaliero	€ 350,00	€ 350,00
☐ Solo Mattina*	€ 240,00	€ 240,00
☐ Solo Pomeriggio	€ 240,00	€ 240,00

*pranzo escluso

CORSO AVANZATO	☐SOCIO RCC	☐NON SOCIO RCC
☐ Stanziale	€ 400,00	€ 500,00
☐ Giornaliero	€ 350,00	€ 350,00
☐ Solo Mattina*	€ 240,00	€ 240,00
☐ Solo Pomeriggio	€ 240,00	€ 240,00

*pranzo escluso

NELLE DATE

1^ scelta: inserire n° turno ____ dal ____/____/_____ 2***^ scelta:*** inserire n° turno ____ dal ____/____/_____ .

N.B.: In caso di due o più fratelli si applica uno sconto SOLO sulla SECONDA QUOTA del 10%;

Sulla seconda settimana di corso consecutiva si applica uno sconto del 10%. I vari sconti non sono cumulabili.

Dichiara di essere in possesso di certificato medico di tipo _____ con scadenza il giorno ____/____/_____

Indicare si si è già in possesso della Tessera FIV SI ☐ N°_____; NO ☐

Indicare il livello di nuoto: non so nuotare ☐; rimango a galla ☐; so nuotare bene ☐; so nuotare molto bene ☐

Dichiara di avere allergie, intolleranze e/o particolari esigenze alimentari:

_____ (allegare certificato medico).

Dichiara di dover prendere medicinali specifici:

_____ (allegare certificato medico).

DICHIARA

1. Di accettare il costo del corso di € _____;
2. Di aver preso visione della nota informativa sul trattamento dei dati e le Condizioni generali disponibile sul sito https://www.rcctevereremo.it/scuola-vela/ e di accettarne le condizioni;
3. Di effettuare i pagamenti tramite Bonifico bancario intestato a:
   Reale Circolo Canottieri Tevere **Remo IT 65 S 03332 03201 000002612150** Banca Passadore - Filiale di Roma Piazza di Montecitorio, 115. Nella causale inserire Cognome e Nome del partecipante al corso;
4. Di autorizzare il RCCTR al trattamento dei dati personali per l'utilizzo delle immagini in base alle normative esistenti: 1) art.10 legge n. 675/96 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali) e legge 196/03; 2) GDPR (Regolamento Generale europeo sulla Protezione dei Dati) 2018 UE 2016/679.

Firma del Richiedente _____ *Firma esercente patria potestà (per i minori)* _____