

COMUNE DI BOARA PISANI



IN COLLABORAZIONE CON



SPORT SOLIDALE S.S.D.a R.L.



ORGANIZZA IL PROGETTO BENESSERE 2017/18 16 LEZIONI DI ATTIVITA' MOTORIA IN ACQUA TERMAL



- **Destinatari:** residenti nel Comune di BOARA PISANI di età "over 50";
- **Periodo:** dal 11/12/2017 al 21/12/2017 e dal 09/01/2018 al 15/02/2018;
- **Sede dei corsi:** piscine termali di prestigiosi hotel di Abano e Montegrotto terme;
- **Turno:** LUNEDI' e GIOVEDI' - dalle h. 15:40 alle h. 16:25.
- **Trasporto:** in pullman riservato andata e ritorno (in sodalizio con i Comuni di Anguillara e Stanghella) con fermata **in Piazza Athesia (davanti al Municipio);**
- **Certificato medico per attività sportiva non agonistica obbligatorio.**
Ciascun partecipante dovrà essere in possesso di certificato medico per attività sportiva non agonistica in corso di validità (12 mesi dal rilascio) redatto dal proprio medico di base o medico sportivo. Per chi ne fosse sprovvisto Sport Solidale metterà a disposizione un medico che effettuerà le visite presso una sede sul territorio comunale.
- **Costo: € 80,00 + quota** per il trasporto + eventuale visita medica (€ 25,00)
- **Pre-iscrizioni: Fino alle h. 13 di 3 Novembre 2017**
Informazioni presso il Comune - Ufficio Servizi Sociali - Segreteria tel.: 0425/484008/2
- **Ritiri e rinunce:** in caso di ritiro dopo l'iscrizione è previsto un rimborso pari ad **€ 60,00.=** ammissibile solo ed esclusivamente per comprovati motivi di salute attestati da presentazione di certificato medico e manifestati entro e non oltre la quarta lezione del corso (ossia entro la fine del mese di dicembre). *Nessuna altra richiesta potrà essere presa in considerazione dopo tale data.* Non è previsto alcun rimborso relativo alle spese di trasporto. Il rimborso verrà effettuato nei mesi di marzo/aprile.

ISCRIZIONI e VISITA MEDICA

GIOVEDI' 16 NOVEMBRE 2017

dalle h. 9:30 alle h. 12:00

Presso Sala Consiliare (Municipio di Boara Pisani (PD))



SPORT S.S.D.A.R.L.
SOLIDALE



ORGANIZZA
in collaborazione il Comune di Boara Pisani



ATTIVITA' MOTORIA IN ACQUA TERMALE
MODULO DI ISCRIZIONE

COGNOME _____ NOME _____

INDIRIZZO _____

CITTA' _____ CAP _____ PROV _____

NATO/A IL _____ A _____ PROV _____

C.F. _____ TEL. _____ CELL. _____

TURNO **LUNEDI' e GIOVEDI'** **h. 15:40 – 16:25**

FERMATA: Piazza Athesia (Davanti al Municipio)

RICHIEDE VISITA MEDICA SI NO

RITIRI E RINUNCE: n caso di rinuncia dopo l'iscrizione, è previsto un rimborso pari ad € 60,00.= ammissibile solo ed esclusivamente per comprovati motivi di salute manifestati entro e non oltre la quarta lezione del corso (ossia entro la fine del mese di dicembre). *Nessuna altra richiesta potrà essere presa in considerazione dopo tale data.*

Non è previsto alcun rimborso relativo alle spese di trasporto. La richiesta di rimborso da parte dell'utente, corredata di dati personali del richiedente (compreso un recapito telefonico), indicazione di IBAN sul quale effettuare l'accredito e soprattutto certificato medico, dovrà essere presentata presso il Comune che provvederà a trasmettercela a fine attività. Il rimborso verrà effettuato nei mesi di marzo/aprile.

FIRMA PER ISCRIZIONE E PRESA VISIONE _____

Informativa sulla Privacy (D.Lgs. n. 196 del 30/06/2003) per l'iscrizione ai corsi

Desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti suoi e del minore che si iscrive ai corsi organizzati da Sport Solidale Società Sportiva Dilettantistica a r.l. Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per tutte le finalità dell'attività svolte dalla nostra Società Sportiva, quali un'efficace gestione dei rapporti tra le parti e la gestione dei servizi erogati. In particolare, vi si informa, a titolo di esempio, che i dati raccolti saranno trattati per le seguenti finalità:

a) Per esigenze preliminari e per la compilazione della domanda di iscrizione ai corsi e ai fini assicurativi

b) Per adempiere a qualunque tipo di obbligo previsto dalle leggi e normative vigenti

c) Per organizzare e testimoniare le attività sportive nelle quali l'atleta verrà inserito, anche con la realizzazione di fotografie e/o filmati multimediali.

d) Per la realizzazione di filmati e fotografie degli atleti e degli istruttori per fini legati alla promozione delle attività sportive della Società, tramite i diversi mezzi di comunicazione (internet, giornali, volantini...).

2. I dati verranno trattati sia con strumenti informatici sia su supporti cartacei che su ogni altro tipo di supporto idoneo, nel rispetto delle misure minime di sicurezza come da allegato B del testo unico della privacy;

3. I dati potranno essere comunicati a soggetti esterni a Sport Solidale SSD, quali gli Enti Sportivi (Federazioni Sportive Nazionali, Discipline Sportive Associate e Enti di Promozione Sportiva), compagnie di assicurazione, o altri soggetti solo se strettamente collegati all'esecuzione del rapporto o che svolgono specifici incarichi per conto di Sport Solidale SSD. **Non saranno in ogni caso comunicati a Società che potrebbero utilizzarli a fini commerciali.**

4. Il titolare del trattamento è **SPORT SOLIDALE Società sportiva dilettantistica a r.l.**

5. Il responsabile del trattamento in carica è individuato nella persona della Sig.ra **Giovanna Leyva ;**

6. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa

Il _____ / _____ / _____

Firma dell'iscritto _____

ANAMNESI AUTOCERTIFICATA

COMPILARE IN STAMPATELLO

Nome..... Cognome

Nato/a il a..... Prov ()

Residente a Prov () in via
.....

Per quali di queste malattie sottoelencate **ha familiarità?**

(barrare la casella corrispondente)

Malattie di cuore Malattie neurologiche Malattie dei polmoni Epilessia

Casi di morte improvvisa

Di quali malattie sottoelencate **Lei ha sofferto in passato?**

(barrare la casella corrispondente)

Malattie di cuore Malattie neurologiche Malattie dei polmoni Epilessia

Scoliosi Malattie infettive: se sì, quali.....

Quali farmaci assume continuativamente.....

Precedenti interventi chirurgici.....

Di quali malattie **Lei soffre attualmente** (in caso negativo scrivere nessuna)

.....
.....
.....

Peso..... Altezza (in cm)..... Fumo sì no

Data.....
.....
firma