

MODULO D'ISCRIZIONE GRUPPO DI CAMMINO

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in _____ Via/C.so/P.zza _____

Recapito telefonico _____ Mail _____

Riferimento di un parente (telefono) _____

DICHIARA

- Di essere stato adeguatamente informato/a sul progetto "Gruppi di cammino"
- Di essere stato informato/a sui possibili benefici o rischi o disagi ragionevolmente prevedibili
- Di essere consapevole che nessun tipo di responsabilità può essere imputato all'ASL TO3 e/o Comune per eventuali danni che gli potessero derivare dalla presente adesione o eventuali danni a cose o terzi legati al partecipare all'attività
- Di avere consultato il proprio medico curante al fine di illustrargli l'iniziativa e ricevere informazioni inerenti a eventuali consigli e/o controindicazioni

Avendo compreso le finalità del progetto esprime quindi, il proprio consenso a partecipare all'iniziativa "Gruppi di cammino" in forma libera e gratuita, riservandosi la possibilità di revocare la propria adesione in qualsiasi momento, comunicandolo all'ufficio _____

tel _____ mail _____ orari _____

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art.13 del regolamento UE 2016/679, si informa che tutti i dati comunicati saranno trattati da questo Ente Locale secondo la vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, come descritto nell'allegato "Informazione sul trattamento dei dati personali".

Dichiaro di aver preso visione delle informazioni allegate.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a revoca la propria iscrizione al progetto "Gruppi di Cammino"

Data ____ / ____ / ____

Firma _____