



CORSO ESTIVO TENNIS/PADEL CT PICENO ANNO 2020

IL SOTTOSCRITTO
NATO/A..... IL...../...../.....
RESIDENTE A VIA N°.....
TEL..... EMAIL@.....
CODICE FISCALE

CHIEDE

DI ESSERE ammesso/a a partecipare al CORSO ESTIVO di Tennis/Padel 2020 presso il Circolo Tennis Piceno sito in via delle Zeppelle 139/A ad Ascoli Piceno

E MANIFESTA LA VOLONTÀ DI CONTATTARE LO STAFF PER CONCORDARE GLI ORARI.

settimana dalal.....

EVENTUALI PROBLEMATICHE:

.....
e comunica di aver preso visione e accettato il regolamento del CORSO ESTIVO di Tennis 2020,

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di avere i requisiti psicofisici per la pratica del tennis/padel come da certificazione sanitaria (il certificato dovrà essere presentato entro l'inizio dei corsi), sollevando perciò l'organo direttivo del Circolo Tennis Piceno da qualsiasi responsabilità civile o penale in merito,

DICHIARA INOLTRE

di aver preso visione e accettare il punto 1 (REGOLAMENTO del CORSO ESTIVO di Tennis/Padel 2020);
di accettare e rispettare i COSTI e le MODALITÀ DI PAGAMENTO menzionate al punto 2,
di acconsentire al TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI come descritto al punto 3,
di accettare e rispettare l' AUTODICHIARAZIONE dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020.

Firma

Ascoli Piceno/...../.....

.....

PUNTO 1

Regolamento corso estivo Tennis/Padel

- Tutti gli iscritti al CORSO ESTIVO di Tennis/Padel 2020 sono tenuti ad osservare un comportamento corretto, rispettoso degli altri e del personale del Club, devono, inoltre, avere cura delle attrezzature e delle strutture messe loro a disposizione. I trasgressori saranno in primo luogo richiamati al dovere.
- Le lezioni si svolgeranno dal lunedì al venerdì: **gli orari** ed i **gruppi** verranno **concordati** con i maestri.
- Al **momento dell'iscrizione**, l'iscritto dovrà versare la Quota del Corso (aggiuntiva della quota associativa pari a € 5,00) e **consegnare il Certificato Medico di Idoneità** all'attività non agonistica.
- Non sono previsti recuperi delle quote associative, se non per cause dipendenti dalla Società (chiusura degli impianti per lavori straordinari o altro).
- Per ulteriori informazioni e comunicazioni varie potete contattare il Maestro del CORSO ESTIVO di Tennis/Padel 2020, **ENZO TRAVAGLIA Tel. 338/7599251**

PUNTO 2

Costi CORSO ESTIVO DI TENNIS E PADEL

	QUOTA ASSOCIATIVA	COSTO 1 SETTIMANA	COSTO 2 SETTIMANE	TOTALE
TURNO di 1 ora e 30 minuti	5,00 €	40,00 €		45 €
TURNO di 1 ora e 30 minuti Per almeno 2 settimane	5,00 €	35,00 €	35,00 €	75 €

Modalità di pagamento

E' possibile effettuare il pagamento delle rate del corso in **contanti** presso la Segreteria del Circolo Tennis Piceno, oppure tramite **bonifico bancario** con i seguenti riferimenti:

IBAN : IT43L0200813507000104635120 Banca Unicredit
CONTO CORRENTE INTESTATO A: Circolo Tennis Piceno **CAUSALE**: Pagamento CORSO ESTIVO di Tennis/Padel 2020 "Nome e Cognome"

PUNTO 3

Consenso al trattamento dei dati personali

Il/la sottoscritto/a nato a il/...../....., acquisite le informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 acconsente al trattamento dei dati sia comuni che sensibili, dichiaro di aver avuto, in particolare, conoscenza che i dati personali sensibili rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'art 4 comma 1lett. d) del D.Lgs. citato.

Firma

Circolo Tennis Piceno Tel. 331-4711210
www.ctpiceno.it ctpiceno@gmail.com

Ascoli Piceno/...../.....

.....

PUNTO 4

AUTODICHIARAZIONE dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020

IL SOTTOSCRITTO

NATO/A..... IL...../...../.....

RESIDENTE A VIAN°.....

TEL..... EMAIL@.....

CODICE FISCALE _ _ _ _ _

consapevole delle conseguenze penali previste dall'art. 76 dello stesso Decreto per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci,

DICHIARA

- di essere/non essere stato affetto da COVID-19
- di essere/non essere sottoposto a regime di quarantena da parte delle autorità sanitarie
- di essere/non essere stato esposto a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19 negli ultimi 14 giorni
- di avere/non aver avuto sintomi riferibili a COVID-19

consapevole che in caso di risposta positiva non potrà accedere all'impianto se non in possesso di un certificato di guarigione.

Mi impegno ad informare il medico di famiglia, e a non frequentare l'impianto sportivo, in caso di:

- comparsa di temperatura oltre i 37.5°;
- esposizione a casi accertati o probabili o sospetti di COVID-19;
- qualsiasi sintomatologia (tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie, dispnea da sforzo, stanchezza e dolori muscolari, dolori addominali, diarrea, perdita del gusto e/o dell'olfatto).

Mi impegno a rispettare le idonee misure di riduzione del rischio di contagio da COVID-19 come da indicazioni igienico-sanitarie di cui sono a conoscenza.

Autorizzo la misura della temperatura corporea ad ogni ingresso presso l'impianto sportivo ai fini della prevenzione dal contagio da COVID-19, l'implementazione dei protocolli di sicurezza anti-contagio ai sensi dell'art. art. 1, n. 7, lett. d) del DPCM 11 marzo 2020, sino al termine dello stato d'emergenza.

Firma

Ascoli Piceno/...../.....

.....