

A.S.D. IsolaCastelnovo
12° TORNEO NOTTURNO DI CALCIOTTO
“TROFEO DELLE CONTRÀ – Memorial Pino Balzarin”
dal 22 Giugno 2018 al 14 Luglio 2018

ESONERO RESPONSABILITA' MINORENNI

Il sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
nato/a il _____ a _____ Provincia _____ Stato _____
residente a _____ in via/viale/piazza _____ n° _____ Provincia _____
tel. _____ cell. _____ e-mail _____

Il sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
nato/a il _____ a _____ Provincia _____ Stato _____
residente a _____ in via/viale/piazza _____ n° _____ Provincia _____
tel. _____ cell. _____ e-mail _____

AUTORIZZO

mio figlio (Cognome e Nome) _____
nato il _____ a _____ Provincia _____ Stato _____
residente a _____ in via/viale/piazza _____ n° _____ Provincia _____
a partecipare alla manifestazione sportiva denominata 12° Torneo Notturno di Calciotto “Trofeo delle Contrà – Memorial Pino Balzarin” che si svolgerà presso il campo sportivo di Castelnovo di Isola Vicentina.

DICHIARO

- che mio figlio risulta in stato di buona salute psicofisica e non presenta controindicazioni alla pratica di attività sportiva non agonistica e che è altresì in possesso del certificato medico di idoneità sportiva per l'anno in corso.
- di esonerare la Società A.S.D. IsolaCastelnovo, il Presidente, il Consiglio Direttivo, gli Organizzatori e tutto lo Staff organizzativo da ogni responsabilità (sia civile che penale) o conseguenza derivante da malori e/o infortuni imputabili alla non idonea condizione fisica.
- di aver preso visione del regolamento e di accettarne le direttive, sollevando la Società A.S.D. IsolaCastelnovo, il Presidente, il Consiglio Direttivo, gli Organizzatori e tutto lo Staff organizzativo da ogni responsabilità per infortuni, danni a cose e/o persone, furti e/o smarrimenti che mio figlio dovesse causare e/o subire, al di fuori di quanto previsto dalla polizza assicurativa che l'associazione stipulerà per ogni minorenne.
- di essere stato informato dall'Organizzazione, e pertanto consapevole, che durante lo svolgimento del torneo non viene garantita la presenza di un medico o di ambulanza, perciò rinuncia a qualsiasi azione civile o penale o di rivalsa verso la Società o gli Organizzatori del torneo per danni diretti ed indiretti che si dovessero verificare in conseguenza della mancata presenza in loco di un medico e dell'ambulanza.

Con la firma del presente, concedo inoltre agli organizzatori la completa autorizzazione all'utilizzo di foto, servizi filmati, videoregistrazioni, pubblicazioni su carta stampata o web ed altri strumenti di comunicazione noti o sconosciuti, senza pretendere alcun rimborso o forma di compenso.

Nel firmare la presente, sono consapevole delle rinunzie effettuate che confermo, delle responsabilità civili e penali per qualsiasi affermazione non corrispondente a verità ed esprimo il consenso all'utilizzo dei dati, come da Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003. Allego inoltre copia del documento/i di riconoscimento.

In Fede,

Luogo e data, _____

Firma dei genitori o di chi ne fa le veci

**IL PRESENTE MODULO DOVRA' ESSERE CONSEGNATO O SPEDITO ENTRO IL 10/06/18 A: Adriano:
335 6141460 - Sergio: 348 7933224 - info@asdisolacastelnovo.it**