# S.G.PROPATRIA 1883

# MODULO D’ISCRIZIONE

# CAMPUS MULTISPORT SETTEMBRE 2020

Cognome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Classe di frequenza \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data Certificato medico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto ad un corso Pro Patria SI NO

**Indicare la/le settimana/e scelta/e**

**PERIODO/I** 5° Settimana: 31 AGOSTO / 4 SETTEMBRE 2020

6° Settimana: 7 – 11 SETTEMBRE 2020

PAGAMENTO QUOTA ALLA CONFERMA DELL’ISCRIZIONE (100€ a settimana)

## Clausola Privacy

In esecuzione dell’articolo 11 della legge 675/96, recante disposizioni a tutela delle persone e degli altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, il socio acconsente al trattamento dei propri dati personali, oltre che per la regolare esecuzione dell’iscrizione anche per le seguenti finalità:

* fornire dati alla compagnia assicuratrice per la stipula di polizze contro gli infortuni
* ricevere informazioni da parte della Società a mezzo posta

**Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## Clausola Assicurazione

## Il socio prende atto che la S.G. Propatria è assicurata per la responsabilità civile verso terzi con i seguenti massimali: 516.456 € per danni a persone, 387.342 € per danni a cose.

La Propatria ha stipulato polizze assicurative aggiuntive per qualsiasi socio **di età superiore ai 4 anni ed inferiore ai 75 anni.**

Un estratto delle condizioni delle polizze è disponibile in Segreteria.

**L’iscritto prende atto che la Propatria risponderà dei danni che possono subire gli associati nei limiti delle citate polizze assicurative. Coloro che ritenessero inadeguate le coperture assicurative su indicate potranno stipulare polizze integrative di proprio gradimento.**

**Firma per presa visione di tutte le clausole assicurative:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

## PARTICOLARI NOTE/ALLERGIE DELL’ISCRITTO/A UTILI ALL’ORGANIZZAZIONE

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_