

CORSI VELICI ESTIVI ANNO 2008
(CENTRI GIOVANILI STRAORDINARI DELLO SPORT VELICO MARINA MILITARE)

PARTE PRIMA

Il/la sottoscritto/a (1)
in qualità di (2)
del/della giovane
nato/a a il / /19
abitante in (Comune e Provincia) CAP
Piazza/Via n°
Telefono casa Cell e-mail

Codice Fiscale del ragazzo/a (3) [grid of 15 empty boxes]

studente/studentessa presso l'Istituto
regione dove è ubicato l'Istituto
chiede che il/la (4) partecipi ai Corsi Velici Estivi 2008.

Sede e turno di preferenza:

(Contrassegnare con una X la propria preferenza – non vincolante ai fini dell'assegnazione della sede e turno)

Table with preference selection for Accademia Navale Livorno, Scuola Sottufficiali La Maddalena, and two Turno options (1° dal 8 al 18 luglio, 2° dal 22 luglio al 1° agosto).

Al riguardo:

- dichiara che il/la (4) non ha mai frequentato corsi velici organizzati dalla Marina Militare o è risultato/a "rinunciatario/a" dei predetti corsi;
- esonera l'Amministrazione M.M. da ogni responsabilità derivante da qualsiasi disgraziato accidente nel quale l'interessato/a possa incorrere durante la frequenza del corso;
- dichiara che il/la (4) sa nuotare e che si impegna all'osservanza degli orari, disposizioni e modalità emanate dai Comandi degli Istituti di Formazione;
- dichiara di accettare ogni altra norma relativa del Corso.

ALLEGA

- fotocopia della tessera del codice fiscale;
- dichiarazione sostitutiva di certificazione dello stato di famiglia (ai sensi del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000).

Luogo e data,.....

(5) _____
(firma d'entrambi i genitori o in caso di mancanza di chi ne esercita la potestà)

Il/la sottoscritto/a (1), in qualità di (2).....
del/della giovane

ISCRIZIONE F.I.V. (non necessario per coloro che sono già in possesso di tessera Fiv in corso di validità)

Autorizzo mio/a figlio/a all'iscrizione alla Federazione Italiana Vela in qualità di socio juniores. (Quota associativa euro 15 più euro 1 per le spese postali)

..... (5)

DICHIARAZIONE LIBERATORIA

Autorizzo mio/a (4) a fruire giornalmente della libera uscita, secondo gli orari stabiliti dai Comandi degli Istituti di Formazione, esonerando l'Amministrazione Marina Militare da ogni responsabilità derivante da qualsiasi disgraziato accidente nel quale possa incorrere durante le ore di libera uscita.

..... (5)

RIENTRO AL DOMICILIO al termine del Corso (compilare solo la parte interessata)

1) Autorizzo mio/a (4) rientrare da solo/a alla propria residenza al termine del corso.

..... (5)

2) Provvederemo a prelevare nostro/a (4) al termine del corso.

..... (5)

3) Delega a terze persone (copia della delega dovrà essere consegnata al delegato ed esibita al personale degli Istituti di Formazione)

Il/la sottoscritto/a delega (6) identificato/a con documento di riconoscimento n°, rilasciato da in data a prendere in consegna mio/a

..... (5)

RECAPITI

Autorizzo l'Amministrazione Marina Militare a fornire ad altri genitori ed allievi risultati vincitori del concorso i seguenti recapiti:

telefono: _____

e-mail : _____

..... (5)

-
- Note: (1) Cognome e nome di chi esercita la patria potestà.
(2) Grado di parentela di chi esercita la patria potestà
(3) Obbligatorio per la partecipazione ed entrare in graduatoria.
(4) Grado di parentela e nome del/della giovane
(5) La firma deve essere apposta da entrambi i genitori o in mancanza da chi ne esercita la potestà
(6) Cognome e nome del delegato

DICHIARAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (obbligatorio ai fini dell'accettazione della richiesta)

I sottoscritti, autorizzano il trattamento dei dati personali, riportati sulla presente domanda di partecipazione esclusivamente per l'espletamento delle operazioni delle selezioni.

.....
(firma dei genitori o in caso di mancanza da chi esercita la potestà)

Ai sensi del Decreto Legislativo n° 196 del 30 giugno 2003, qualora se ne verificasse l'esigenza i propri dati personali potranno essere consultati o si potrà chiedere la loro modifica o cancellazione scrivendo allo Stato Maggiore della Marina, Ufficio Affari Generali e Relazioni Esterne – Ufficio Sport/vela, Piazza della Marina 4, 00196 Roma.

Regione.....A.S.L.....

CERTIFICATO D'IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA

Il/la.....

nato/a a il/...../19.....

residente in
(Città - Provincia - indirizzo)

n° iscrizione al S.S.N.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche (*).
Il presente certificato ha validità di 12 mesi dalla data di rilascio.

data.....

Il Medico

(timbro e firma)

- (*) Evidenziare se il soggetto è affetto da patologie allergiche che richiedano un'alimentazione particolare e/o la somministrazione preventiva di farmaci, in quest'ultimo caso indicare il tipo di farmaco richiesto e/o le sostanze alimentari che non devono essere presenti nella confezione dei pasti regolarmente somministrati durante i corsi.
Si precisa che le provviste di alimenti che soddisfino particolari esigenze allergiche (celiachia, ecc.) dovranno essere fornite a cura dell'interessato.