

City Beach & Sand Volley 2007 (Liberatoria atleti)

IMPORTANTE: ciascun/a partecipante dovrà apporre la propria firma leggibile sullo spazio di pertinenza

Nome della squadra _____ ☐ 2x2 Masch ☐ 2x2 Misto

I/Le firmatari/e della presente dichiarano di voler liberare ed esonerare gli organizzatori, gli sponsor, i partner e tutto il personale organizzativo da ogni responsabilità civile e penale per infortuni e/o danni di qualsiasi natura che dovessero capitare (o essere causati dagli stessi firmatari) nel corso della manifestazione sportiva, nonché per lo smarrimento o furto di oggetti personali. Con la firma della presente si concede agli Organizzatori la completa autorizzazione all'utilizzo di foto, servizi filmati e altri strumenti di comunicazione, per qualsiasi forma di pubblicità, promozione annuncio senza pretendere alcun rimborso di qualsiasi natura e senza chiedere alcuna forma di compenso.

I/Le firmatari/e della presente acconsentono, altresì, al trattamento dei dati personali per l'invio di comunicazioni e/o materiale pubblicitario da parte degli Organizzatori e dei loro eventuali partners e/o sponsor.

N.B.: Ciascun/a firmatario/a dichiara e certifica sotto la propria responsabilità di essere stato/a accuratamente visitato/a da un medico che ha concesso l'idoneità fisica per la partecipazione alla manifestazione sportiva di Rosolini denominata "City Beach & Sand Volley 2007" e di essere, altresì, in possesso del proprio certificato medico d'idoneità sportiva per l'anno in corso.

1° Partecipante: cognome _____ nome _____ anno di nascita _____

via _____ n° _____ C.A.P. _____ città _____ prov. _____

telefono _____ / _____ cell. _____ / _____ e-mail: _____

Firma (*leggibile*) _____ codice Fiscale _____

2° Partecipante: cognome _____ nome _____ anno di nascita _____

via _____ n° _____ C.A.P. _____ città _____ prov. _____

telefono _____ / _____ cell. _____ / _____ e-mail: _____

Firma (*leggibile*) _____ codice Fiscale _____

Allegare certificato medico e fotocopia documento di riconoscimento valido

City Beach & Sand Volley 2007 (Liberatoria atleti)

IMPORTANTE: ciascun/a partecipante dovrà apporre la propria firma leggibile sullo spazio di pertinenza

Nome della squadra _____ ☐ 4x4 Misto

I/Le firmatari/e della presente dichiarano di voler liberare ed esonerare gli organizzatori, gli sponsor, i partner e tutto il personale organizzativo da ogni responsabilità civile e penale per infortuni e/o danni di qualsiasi natura che dovessero capitare (o essere causati dagli stessi firmatari) nel corso della manifestazione sportiva, nonché per lo smarrimento o furto di oggetti personali. Con la firma della presente si concede agli Organizzatori la completa autorizzazione all'utilizzo di foto, servizi filmati e altri strumenti di comunicazione, per qualsiasi forma di pubblicità, promozione annuncio senza pretendere alcun rimborso di qualsiasi natura e senza chiedere alcuna forma di compenso.

I/Le firmatari/e della presente acconsentono, altresì, al trattamento dei dati personali per l'invio di comunicazioni e/o materiale pubblicitario da parte degli Organizzatori e dei loro eventuali partners e/o sponsor.

N.B.: Ciascun/a firmatario/a dichiara e certifica sotto la propria responsabilità di essere stato/a accuratamente visitato/a da un medico che ha concesso l'idoneità fisica per la partecipazione alla manifestazione sportiva di Rosolini denominata "City Beach & Sand Volley 2007" e di essere, altresì, in possesso del proprio certificato medico d'idoneità sportiva per l'anno in corso.

1° Partecipante: cognome _____ nome _____ anno di nascita _____

via _____ n° _____ C.A.P. _____ città _____ prov. _____

telefono _____ / _____ cell. _____ / _____ e-mail: _____

Firma (*leggibile*) _____ codice Fiscale _____

2° Partecipante: cognome _____ nome _____ anno di nascita _____

via _____ n° _____ C.A.P. _____ città _____ prov. _____

telefono _____ / _____ cell. _____ / _____ e-mail: _____

Firma (*leggibile*) _____ codice Fiscale _____

3° Partecipante: cognome _____ nome _____ anno di nascita _____

via _____ n° _____ C.A.P. _____ città _____ prov. _____

telefono _____ / _____ cell. _____ / _____ e-mail: _____

Firma (*leggibile*) _____ codice Fiscale _____

4° Partecipante: cognome _____ nome _____ anno di nascita _____

via _____ n° _____ C.A.P. _____ città _____ prov. _____

telefono _____ / _____ cell. _____ / _____ e-mail: _____

Firma (*leggibile*) _____ codice Fiscale _____

5° Partecipante: cognome _____ nome _____ anno di nascita _____

via _____ n° _____ C.A.P. _____ città _____ prov. _____

telefono _____ / _____ cell. _____ / _____ e-mail: _____

Firma (*leggibile*) _____ codice Fiscale _____

Allegare certificato medico e fotocopia documento di riconoscimento valido