



MODULO DI LIBERATORIA SOSTITUTIVA DEL CERTIFICATO DI BUONA SALUTE

Io sottoscritto/a _____

Codice Fiscale _____

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ QUANTO SEGUE

1. Di essere a conoscenza che i corsi di movimento da me scelti richiedono uno sforzo fisico moderato e di aver valutato personalmente la mia idoneità a partecipare a tali corsi senza che vi siano controindicazioni rilevanti per la mia salute.
2. Di non soffrire di patologie cardiovascolari, respiratorie, muscolo scheletriche o di altro disturbo che mi possa sconsigliare la pratica di un'attività fisica moderata come quelle scelte.
3. Di non essere in stato di gravidanza o, se lo sono, di aver consultato il mio medico e di aver avuto la sua approvazione a frequentare il corso scelto.
4. Di assumermi piena responsabilità per la mia salute e incolumità durante la partecipazione al corso frequentato, sollevando l'organizzazione da qualsiasi responsabilità per danni o lesioni che potrebbero derivare dalla mia partecipazione.
5. In caso di dubbi sulla mia idoneità, mi impegno a consultare il mio medico prima di iniziare il corso.
6. Di essere informato/a che i dati personali forniti saranno trattati ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR).

BARRARE I CORSI A CUI CI SI ISCRIVE

ATTIVITÀ	1 principianti	2 "senior"
BALLI DI GRUPPO		
BALLI OCCITANI		
CAMMINATE IN COLLINA		
GINNASTICA		
PILATES		
TAI CHI		
TANGO ARGENTINO		
YOGA		

Firma del socio _____

Data _____