

MODULO DI ADESIONE IN QUALITÀ DI SOCIO STAGIONE 2016/2017Il/la sottoscritto/a.....**C.F.**.....Nato/a a..... **prov.**.....**il.**.....**residente a**.....**Prov.di**.....**cap.**.....**in(via/corso.ecc...)**.....**num.**.....**Tel.fisso**.....**cell.**.....**Email**.....**CHIEDE:**

- L'iscrizione/il rinnovo in qualità di socio all'associazione sportiva ARTE DANZA .
- Di essere ammesso/a a partecipare ai corsi e/o lezioni individuali , consapevole che la loro frequenza è subordinata al regolare versamento dei rispettivi contributi specifici deliberati dal Consiglio direttivo dell'associazione.
- Sono stato debitamente informato della necessità di produrre certificato medico attestante la mia idoneità all'esercizio della pratica sportiva non agonistica come previsto dal DM. 28/2//1983 che impone il controllo sanitario per la pratica sportiva non agonistica a coloro che svolgono attività organizzate da società o a.s.d. affiliate agli enti di promozione sportiva riconosciute dal CONI.
- Chiedo di essere ammesso/a a frequentare il centro sin dalla data del presente atto, in attesa di produrre la suddetta Certificazione.

DICHIARA:

- Di aver preso visione del regolamento dell'associazione ARTE DANZA e di condividerne i contenuti senza riserva alcuna.
- Di autorizzare l'inserimento di questi dati nel sistema informatico della scuola al fine di gestione. Per la legge sulla privacy per quest'utilizzo è necessaria autorizzazione.
- Di autorizzare Arte Danza Asd all'uso dell'immagine dell'associato e alla divulgazione dei dati personali anche su rete internet (art 96 legge 633/41) finalizzati alla propaganda, alla pubblicità o all'invio di materiale informativo delle attività, quanto sopra indicato senza nessuna rivalsa o pretesa economica per tale uso, ai sensi del DL n. 196 del 20 giugno 2003.

PER I MINORI DI ANNI 18 : Il sottoscritto genitore del minore suindicato (tutore) chiede l'iscrizione all'associazione e ai corsi, assumendosene personalmente le responsabilità di cui sopra.Il/la sottoscritto/a**CF**.....Residente a.....**prov.**.....**in (via,corso,ecc.....)**.....**num.**.....Tel.....**Email**.....**DATA**.....**FIRMA(PER MINORE FIRMA GENITORE)**.....**SOLO PER PERCORSI PROFESSIONALI DANZA****4) I percorsi hanno una durata di 10 mesi e possono variare la loro frequenza da 7 ore e 30 settimanali a open, in base al programma scelto. Il pagamento è dovuto per intero anche in caso di interruzione della frequenza durante l'anno accademico e può essere suddiviso in 4 rate.**Percorso scelto
(COME DA LISTINO CORSI ESPOSTO)

costo annuale €.....

Per accettazione (in caso di minore, firma leggibile di un genitore)

.....

CORSI CHE SI INTENDE FREQUENTARE.....