



## PALEOATHLETICA – HEALTHING TREPORI

### IDENTIFICA CON UNA CROCETTA SE SEI TESSERATO/ASPIRANTE TESSERATO O NON TESSERATO

ISCRIZIONE DA TESSERATO/ASPIRANTE

ISCRIZIONE DA NON TESSERATO

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore del MINORE

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

Nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

A \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

C.F. o P.I. \_\_\_\_\_

#### **CHIEDO**

Di essere ammesso/a a partecipare a: \_\_\_\_\_

#### **DICHIARO**

Dichiaro di essere a conoscenza che se sono **TESSERATO** o aspirante tesserato, è obbligatorio consegnare il certificato medico per attività non agonistica PRIMA dell'inizio delle attività pena l'esclusione dallo stesso. Sono consapevole che il **NON tesserato NON** è obbligato a presentare il certificato medico, ma resta comunque richiesto dall'organizzazione, e di assumermi la responsabilità come partecipante o come tutore/genitore del minore in caso di assenza di certificato medico.

Di essere a conoscenza che il tesseramento o per il minore a mio carico, sono in possesso di un valido certificato di sana e robusta costituzione fisica per lo svolgimento dell'attività sportiva non agonistica e mi impegno a produrlo assieme alla documentazione da **TESSERAMENTO**.

Dichiaro che se non è mia intenzione proseguire con il tesseramento, sono consapevole che l'organizzazione ha espresso la richiesta di presentare un certificato medico sportivo in allegato alla sottoscrizione della presente richiesta.

Consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero ai sensi dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968 n.15 e della decadenza dei benefici eventualmente prodotti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 11 D.P.R. 20 ottobre 1998 n. 403. Di godere di sana e robusta costituzione fisica e di sollevare l'organizzazione di qualsiasi responsabilità riguardo a eventuali false dichiarazioni in proposito; Di sollevare l'organizzazione da qualsiasi problema si dovesse presentare in caso di falsa dichiarazione:

FIRMA \_\_\_\_\_

#### **CONSENSO TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali, Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell' artt. 13 e 14 del GDPR - Regolamento UE 2016/679, ai fini di attività di raccolta dati per eseguire un'iscrizione a un corso o poter ricevere un trattamento da parte dell'ente organizzativo e professionale.

Consento al loro trattamento nella misura necessaria per il conseguimento degli scopi statutari. Ai sensi del sopracitato articolo i dati forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto degli obblighi di riservatezza. Il trattamento dei dati avverrà mediante utilizzo di supporto telematico o cartaceo idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza.

FIRMA \_\_\_\_\_

#### **FOTO / VIDEO E MATERIALE PROMOZIONALE**

Autorizzo inoltre la pubblicazione a scopi educativo-didattici o promozionali di fotografie e/o riprese video che avranno un uso non lucrativo ma solo a fini prettamente educativo-didattici o promozionali da parte di **PALEOATHLETICA** e in generale dal gruppo **Healthing Trepoti**

FIRMA \_\_\_\_\_

#### **INFORMAZIONI SULL' ASSICURAZIONE**

Dichiaro di essere stato informato sul regolamento e sui termini assicurativi attuati dall'organizzazione. Qualora i termini non fossero chiari o assenti, è mio dovere chiedere informazioni specifiche agli organizzatori

FIRMA \_\_\_\_\_

# Modulo intolleranze/allergie/patologie/medicines

I sottoscritti Sig \_\_\_\_\_ e

Sig.ra \_\_\_\_\_

**genitori di**

---

## DICHIARANO

che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e patologie/a

(indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e/o intolleranze)

specificare il tipo di allergia/intolleranza/patologia

---

## DICHIARO CHE

il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali sotto il controllo di un Educatore secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata. Inoltre dichiaro che in caso di malore e di rischio di complicanze per la salute di mio figlio, delego i responsabili dell'organizzazione a garantire l'assunzione del farmaco secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata, sollevando l'organizzazione da qualsiasi responsabilità

Farmaco.....  
posologia.....

Farmaco.....  
posologia.....

Farmaco.....  
posologia.....

Farmaco.....  
posologia.....

Farmaco.....  
posologia.....

Data \_\_\_\_\_ In fede, (firma di entrambi i genitori)

---

# INFO ASSICURAZIONE

Riservata agli utenti NON affiliati al gruppo "Healthing Treporti"

-Il titolare delle attività detiene una polizza assicurativa RCT  
(responsabilità contro terzi)

Si rende noto che la partecipazione ad alcune discipline proposte da gruppo **HEALTHING TREPORTI - PALEOATHLETICA** e dai professionisti **Guide, Istruttori, Trainer e Formatori** può potenzialmente caratterizzarsi in attività a rischio e pericolose

L'iscritto dichiara di assumersi i rischi derivanti dalla partecipazione alle attività come ad esempio: allergie o reazioni da contatto con materiali, prodotti, flora e vegetali, allergie o malattie non comunicate, punture di insetto, infortuni con animali selvatici, cadute, traumi, sbucciature, contatti con altri partecipanti, anche dovute dalle condizioni di tempo, umido, terreno scivoloso, dalla presenza di foglie, radici, fango, corsi d'acqua, situazioni meteo avverse, ostacoli naturali ed artificiali posti sul percorso, ogni tipo di rischio potenziale ben conosciuto e già valutato dall'iscritto

Quanto sopra indicato ha carattere esemplificativo e non esaustivo

Con l'accettazione dell'iscrizione, l'iscritto, per proprio conto, o nell'interesse del soggetto rappresentato, solleva e libera il gruppo "Healthing Treporti" nonché le **Guide, gli Istruttori, Formatori ed i Trainer** della Società sopra elencate, da tutti i presenti e futuri reclami o responsabilità di ogni tipo, conosciuti o sconosciuti, derivati dalla partecipazione alle attività

## RISCHIO

Alcune discipline proposte dal gruppo "HEALTHING TREPORTI" e altre praticate da **PALEOATHLETICA** e da altri professionisti, guide, istruttori, trainer e formatori (OCR, escursionismo sportivo, mtb, utilizzo di corde **OCR** e altre attività outdoor sportive) rientrano nelle "attività ad alto rischio"

## UTILIZZO DI CORDE

Si intende precisare che alcune attività che prevedono l'utilizzo di corde, fettucce e casco, NON sono utilizzate per pratica e progressione speleo alpinistica, ma per attività di OCR Training, sicurezza e/o laboratori esperienziali

**IL RESPONSABILE È TENUTO A ESCLUDERE L'ISCRITTO DA TUTTE LE ATTIVITÀ IN CASO DI ATTREZZATURA, ABBIGLIAMENTO O CONDIZIONI PSICOFISICHE NON IDONEE**

## INFO ASSICURAZIONE

### Riservata agli utenti affiliati al gruppo “PALEOATHLETICA /HEALTHING TREPORTI”

L' iscrizione e partecipazione alle attività da **tesserato prevede:**

-Assicurazione infortuni personale alle attività  
di PALEOATHLETICA che copre quanto segue:

**€20,00** diaria da ricovero con franchigia di 5 gg; massimo 30 gg

**€30,00** diaria da gesso con franchigia di 5 gg; massimo 30 gg

**€ 1.000,00** rimborso spese sanitarie con franchigia di **€ 150,00**

## POLITICA DI ISCRIZIONE GENERALE PER TUTTI GLI EVENTI

LE TARIFFE DI ISCRIZIONE SI INTENDONO COMPRESSE DELLE SOSPENSIONI DELLE ATTIVITÀ PER FESTIVITÀ ANNUALI COME NATALE, PASQUA, CAPODANNO E ALTRE RICORRENZE DA CALENDARIO

IN CASO DI ANNULLAMENTO DELLE ATTIVITÀ PER QUESTIONI DI CONDIZIONI METEO PARTICOLARMENTE AVVERSE SI POTRÀ RECUPERARE LA SESSIONE PERSA ADEGUANDOSI AL “CALENDARIO” DELLA SOCIETÀ O VALUTANDO IL SINGOLO CASO CON I RESPONSABILI DELLE ATTIVITÀ

L'ABBONAMENTO E LA MENSILITÀ POSSO ESSERE SOSPESI E NON RIMBORSABILI SOLO IN CASO DI COMPROVATA MALATTIA SEGUITA DA CERTIFICATO MEDICO

---

### EMERGENZA COVID19

VISTA L'ESPERIENZA COVID19 CON ALLA QUALE LE ORGANIZZAZIONI RISULTANO SOTTOPOSTE A RESTRIZIONI E RISCHI DI SETTORE;

VISTA LA NECESSITÀ DI APPORTARE MODIFICHE O INTERRUZIONI DELLE ATTIVITÀ, IN TEMPO NON DETERMINATO, QUALORA UN SOGGETTO PARTECIPANTE RISULTASSE POSITIVO AL COVID19 O FACENTE PARTE DI UN NUCLEO FAMILIARE, AMBIENTE DI LAVORO O SCOLASTICO DOVE PRESENTE UNO SOGGETTO POSITIVO;

VISTO L'OBBLIGO DI SOSPENDERE LE ATTIVITÀ PER QUARANTENA FIDUCIARIA IN CASO DI CONTATTO CON SOGGETTI POSITIVI AL COVID19 O SOSPETTI POSITIVI;

VISTE LE SPESE VIVE APPLICATE ALLA SOCIETÀ COME AFFITTI, MANUTENZIONE AREE, ATTREZZATURA, TASSE ANNUALI, AFFILIAZIONI, ASSICURAZIONI

L'ORGANIZZAZIONE FA PRESENTE CHE EVENTUALI RIMBORSI O RECUPERI PER SOSPENSIONE O INTERRUZIONE DELLE ATTIVITÀ PER EMERGENZA COVID19 NON SONO PREVISTI; SENNONCHÈ IN CASO DI BUONI O FINANZIAMENTI DESTINATI ALLE SOCIETÀ PER AMMORTIZZARE LE SPESE DELLE ASSOCIAZIONI, SOCIETÀ ORGANIZZAZIONI E PROFESSIONISTI CHE OPERANO NEL SOCIALE COME LA PRESENTE

FIRMA \_\_\_\_\_

# AUTORIZZO

La pubblicazione di foto e video effettuati durante l'evento sportivo nei mezzi di comunicazione usati dall'organizzazione. La presente autorizzazione viene concessa in piena libertà ed autonomia, senza condizioni o riserve e a titolo completamente gratuito. Il/La sottoscritto/a, preso atto del D.Lgs. 196/03 e s.m.i., autorizza l'organizzazione dell'evento sportivo al trattamento dei dati personali che lo riguardano. Tale trattamento, cautelato da opportune misure idonee a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi, avverrà esclusivamente per finalità legate all'evento sportivo sopra menzionato.

# DICHIARO

- di essere a conoscenza che sono obbligato/a a consegnare il certificato medico per attività sportiva NON agonistica PRIMA dell'inizio delle attività. Consapevole che in caso di mancata consegna del certificato medico **TUTTE LE RESPONSABILITÀ** in caso di infortunio o simili cadranno sull'iscritto;
- di godere di sana e robusta costituzione fisica e di sollevare l'organizzazione di qualsiasi responsabilità riguardo a eventuali false dichiarazioni in proposito;
- di sollevare l'organizzazione da qualsiasi problema si dovesse presentare in caso di falsa dichiarazione:
  - di essere consapevole della responsabilità penale cui si può andare incontro in caso di dichiarazione falsa o non corrispondente al vero ai sensi dell'art. 26 della legge 4 gennaio 1968 n.15 e della decadenza dei benefici eventualmente prodotti da provvedimenti emanati sulla base di dichiarazione non veritiera ai sensi dell'art. 11 D.P.R. 20 ottobre 1998 n.403;
  - di essere pienamente consapevole degli eventuali rischi corsi durante lo svolgimento delle attività;
  - di essere consapevole che la propria partecipazione è volontaria, ogni attività volontaria e/facoltativa svolta dal partecipante senza l'indicazione dell'istruttore/guida e formatore, determinerà assunzione di responsabilità del partecipante
  - di assumermi la responsabilità per le conseguenze che dovessero derivare da suddette azioni, sia civilmente che penalmente verso terzi;
- di essere consapevole che le attività proposte nella manifestazione sono soggette ad alcuni rischi e pericoli dettati dal territorio e di conseguenza non sono prevedibili (terreno scivoloso, foglie, fango, radici ecc.);

Li: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

INFORMATIVA ex art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679

Gentile Signore/a, desideriamo informarla, in qualità di Titolari del trattamento, che il Regolamento UE/2016/679 General Data Protection Regulation (G.D.P.R.), di immediata applicazione anche in Italia, in attesa dell'emanazione del Decreto previsto dalla Legge Comunitaria n. 163/2017 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del G.D.P.R., pertanto, Le fornisco le seguenti informazioni:

**1. a) I dati personali anagrafici e di recapiti, da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità basate sul Suo consenso e sul legittimo interesse della scrivente a.s.d./S.s.d.r.l.:** inserimento nel libro dei soci e relativo tesseramento presso il Centro Sportivo Educativo Nazionale tramite il Comitato periferico a cui siamo affiliati ed ogni altro utilizzo attinente ai suddetti rapporti associativi e di tesseramento sportivo. I Dati saranno raccolti per comunicarli anche al Comitato Olimpico Nazionale Italiano ai fini della gestione del Registro delle Società Sportive per l'assolvimento degli obblighi istituzionali. **b) Inoltre, su specifico consenso, i dati potranno essere trattati per comunicazioni di promozione e diffusione dello sport da parte del Comitato Olimpico Nazionale Italiano**

**2. Base giuridica di tale operazione** sono l'art. 36 c.c., la normativa fiscale relativa agli enti non commerciali, in particolare l'art. 148 del T.U.I.R. l'art. 4 del D.P.R. 633/72 e l'art. 90 della Legge 289/2002, nonché le norme del CONI e Federali relative al tesseramento e alla partecipazione alle attività organizzate da tali enti o con la loro partecipazione.

**3. I legittimi interessi del titolare** del trattamento perseguiti con tale attività sono una chiara e corretta applicazione delle disposizioni statutarie sull'ordinamento interno e l'amministrazione dell'associazione, la possibilità di usufruire delle agevolazioni fiscali spettanti all'associazione, la possibilità di partecipare alle attività organizzate dagli enti citati al precedente punto 1.

**4. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità:** su schede manuali, realizzate anche con l'ausilio di mezzi elettronici, conservate in luoghi chiusi, la cui chiave è detenuta dal Presidente e dagli incaricati dell'amministrazione, ovvero in maniera informatizzata, su un PC posto presso la sede dell'Associazione che è attrezzato adeguatamente contro i rischi informatici (firewall, antivirus, backup periodico dei dati); autorizzati ad accedere a tali dati sono il presidente e gli incaricati dell'amministrazione. Ai sensi dell'art. 4 n. 2 del G.D.P.R., il trattamento dei dati personali potrà consistere nella raccolta, registrazione, organizzazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

**5. I dati personali saranno conservati per tutto il tempo indispensabile** una corretta tenuta del libro dei soci e/o per procedere alle formalità richieste al Centro Sportivo Educativo Nazionale cui siamo affiliati: tale termine è determinato dal codice civile, dalla normativa fiscale e dalle norme e regolamenti del CONI e dal Centro Sportivo Educativo Nazionale cui siamo affiliati. La verifica sulla obsolescenza dei dati oggetto di trattamento rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti e trattati viene effettuata periodicamente.

**6. Il conferimento dei dati è obbligatorio** per il raggiungimento delle finalità dello statuto dell'Associazione/Società ed è quindi indispensabile per l'accoglimento della sua domanda di ammissione a socio e/o per il tesseramento presso i soggetti indicati al punto precedente; l'eventuale rifiuto a fornirli comporta l'impossibilità di accogliere la Sua domanda di iscrizione e/o tesseramento, non essendo in tale ipotesi possibile instaurare l'indicato rapporto associativo e/o di tesseramento presso il Centro Sportivo Educativo Nazionale e registrazione presso il Registro del C.O.N.I.

**7. I dati anagrafici potranno essere comunicati** al Centro Sportivo Educativo Nazionale a cui siamo affiliati, anche tramite i suoi organi periferici; tutti i dati non saranno comunicati ad altri soggetti, né saranno oggetto di diffusione.

**8. Il trattamento non riguarderà dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili",** vale a dire "i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale". I dati sanitari, qualora obbligatori ed imposti ai fini assicurativi e legali, sono conservati a cura del medico sociale che provvede in proprio al loro trattamento.

**9. Il titolare del trattamento è la ASD/SSD** PALEAOTHLETICA con sede in MONTECCHIA DI CR contattabile all'indirizzo mail paleoathletica@healthing.it

**10. Il responsabile del trattamento è** ERICA MAPORTI, Presidente dell'Associazione \ Amministratore della SSD, contattabile all'indirizzo mail paleoathletica@healthing.it

**11. In ogni momento Lei potrà esercitare i Suoi diritti** di conoscere i dati che La riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, di ricevere i dati in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, di revocare il consenso eventualmente prestato relativamente al trattamento dei Suoi dati in qualsiasi momento ed opporsi in tutto od in parte, all'utilizzo degli stessi come sanciti dagli artt. da 15 a 20 del G.D.P.R. Tali diritti possono essere esercitati attraverso specifica istanza da indirizzare tramite raccomandata agli indirizzi presenti al punto 9 – o PEC - al Titolare del trattamento.

**12. Lei ha in diritto di revocare il consenso** in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca. Tale diritto potrà essere esercitato inviando la revoca del consenso all'indirizzo e-mail indicato nel precedente punto 9 o 10.

**13. Lei ha il diritto di proporre reclamo** al Garante per la protezione dei dati personali ovvero a alla diversa autorità di controllo che dovesse essere istituita dal Decreto previsto della Legge Comunitaria n. 163/2017

**14. Non esiste alcun processo decisionale automatizzato, né alcuna attività di profilazione** di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4 del G.D.P.R.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ **NELLA SUA QUALITA' DI ESERCENTE LA PATRIA POTESTA' DEL**

**MINORE** \_\_\_\_\_, letta l'informativa che precede, acconsento al trattamento dei dati personali

nelle modalità e per le finalità indicate al punto 1, strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.

Luogo data \_\_\_\_\_  ACCONSENTO  NON ACCONSENTO (barrare la casella prescelta)

Firma \_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_ **NELLA SUA QUALITA' DI ESERCENTE LA PATRIA POTESTA' DEL**

**MINORE** \_\_\_\_\_ letta l'informativa che precede, acconsento al trattamento dei dati personali indicati nel modulo di tesseramento/adesione nelle modalità e per le finalità indicate al punto 1b, per comunicazioni di promozione e diffusione dello sport da parte del Comitato Olimpico Nazionale Italiano

ACCONSENTO  NON ACCONSENTO (barrare la casella prescelta)

Luogo data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_