



**SPETTABILE
DIRETTIVO DEL
CLUB SUBACQUEO ATLANTIDE**

RICHIESTA ASSOCIATIVA

COGNOME NOME

LUOGO DI NASCITA DATA DI NASCITA

VIA E NUMERO.....

C.A.P. CITTÀ PROVINCIA

TELEFONO ABITAZIONE ALTRO TELEFONO

ATTIVITÀ:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> NUOTO LIBERO STAGIONALE | <input type="checkbox"/> OPEN WATER | <input type="checkbox"/> DIVE MASTER |
| <input type="checkbox"/> ACQUATICITÀ | <input type="checkbox"/> ADVANCED OPEN WATER | <input type="checkbox"/> DEEP DIVER |
| <input type="checkbox"/> APNEA | <input type="checkbox"/> MEDIC FIRST AID | <input type="checkbox"/> FOTO SUB |
| <input type="checkbox"/> ATTREZZATURE | <input type="checkbox"/> RESCUE DIVER | <input type="checkbox"/> DAN OXIGEN PROVIDER |

SOCI MINORENNI

IL SOTTOSCRITTO TUTORE DI
..... AUTORIZZO LO STESSO A SEGUIRE IL CORSO DI
..... PERTANTO NE SONO RESPONSABILE DI TUTTO QUANTO PREVEDE IL CODICE CIVILE

DATA FIRMA

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AI SENSI DEGLI ART. 13 E ART. 23 DEL D.LGS. N° 196 DEL 30/06/2003

Sono a conoscenza del fatto che i dati personali contenuti in questa scheda saranno inseriti in appositi archivi da parte del Club, ed a tal fine esprimo il mio consenso all'inserimento degli stessi negli archivi, siano essi schedari siano database elettronici.

DATA FIRMA

Attesto di aver letto la suindicata dichiarazione, di averla ben compresa, di accettarne il contenuto senza riserva alcuna, di averla sottoscritta prima della partecipazione alle attività del Club.

DATA FIRMA