



Corso ANTIAGGRESSIONE

MODULO DI ADESIONE

Durata	10 INCONTRI
Sede di svolgimento del corso	VIA G. SARDI 16, VENEZIA (VE)
Date	13, 20, 27 marzo, 3, 10, 17, 24 aprile, 1, 8, 15 maggio 2024
Costo	GRATUITO – QUOTA ASSICUTATIVA € 30,00

Si prega di trasmettere il presente modulo via email all'indirizzo AGREONLUS@GMAIL.COM

DATI DEL PARTECIPANTE

Nome _____ Cognome _____ sesso M F
Residente in (via, piazza...) _____ n. _____
C.A.P. _____ Città _____ Provincia _____
Telefono _____ / _____ E-mail _____ PEC _____
Codice Fiscale _____ Titolo di studio: _____

AUTOCERTIFICAZIONE DI BUONA SALUTE E DI IDONEITA' A SVOLGERE ATTIVITA' FISICA

Il/La sottoscritto/a Nome _____ Cognome _____

Recapito telefonico.....

consapevole della responsabilità che con la presente autocertificazione si assume:

- 1) dichiara di essere di sana e robusta costituzione fisica, ed in ogni caso di godere di buona salute e di essere pienamente idoneo a svolgere le attività previste nell'ambito del CORSO ANTIAGGRESSIONE.
- 2) si impegna a prestare la massima diligenza durante lo svolgimento dell'attività al fine di non incorrere comunque in situazioni che possano pregiudicare l'integrità personale.
- 3) esonera da ogni responsabilità AGRE ONLUS ODV espressamente confermando che quanto sopra corrisponde a verità.

Data

Firma

AGRE onlus

COME È VENUTO A CONOSCENZA DEL CORSO?

<input type="checkbox"/> Facebook	<input type="checkbox"/> LinkedIn	<input type="checkbox"/> Google
<input type="checkbox"/> Passaparola	<input type="checkbox"/> Newsletter	<input type="checkbox"/> Pubblicità online
<input type="checkbox"/> Pubblicità su carta stampata	<input type="checkbox"/> Radio	<input type="checkbox"/> Altro _____

VERSAMENTO DELLA QUOTA PER COPERTURA ASSICURATIVA

La quota va versata tramite una delle seguenti modalità:

- bonifico bancario a favore di AGRE ONLUS sul c/c n° _____ IBAN: _____ indicando nella causale il titolo del corso, la sede e il proprio nome e cognome. La copia del bonifico dovrà essere trasmessa via e-mail all'indirizzo AGREONLUS@GMAIL.COM oppure via WHATSAPP al numero 3515811255;
- presso la sede del corso in via G. SARDI 16, in occasione del primo incontro, in contanti.

Luogo e data

X Firma _____

Informativa e consenso ai sensi del Regolamento UE 2016/679 - Tutela dei dati personali

Il sottoscritto dichiara inoltre, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.n.196 del 30 giugno 2003, così come aggiornato dal Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che recepisce le disposizioni del Regolamento UE 2016/679, di essere stato informato che i dati personali contenuti nella presente dichiarazione saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data

X Firma _____