

**MODULO DI ISCRIZIONE STAGE**

**MAGGIORENNE**

Il/la sottoscritto/a

Cognome ..... nome.....

Residente in via ..... n° .....

Località..... Prov. .... c.a.p. ....

Età ..... Nato/a il ..... a .....

Tel. Fisso ..... cellulare ..... e-mail.....

**MINORENNE**

Il/la sottoscritto/a

Cognome ..... nome.....

in qualità di genitore esercente la responsabilità genitoriale sul/la proprio/a figlio/a

Cognome ..... nome.....

Residente in via ..... n° .....

Località..... Prov. .... c.a.p. ....

Età ..... Nato/a il ..... a .....

Tel. Fisso ..... cellulare ..... e-mail.....

**N.B.: OBBLIGATORIO specificare il numero corrispondente al pacchetto scelto dalla tabella "CORSI danzaMare Senigallia" :**

<b>Giorni di frequenza :</b> _____	
Quota Stage	€ _____, ____
Sconto / Promozione (se previsto)	_____ %
Saldo parziale	€ _____, ____
Quota iscrizione	€ 10,00
<b>SALDO TOTALE</b>	<b>€ _____, ____</b>

Firma .....

(Se minorenni, firma del genitore o dell'esercente la patria potestà)

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione del Regolamento e di accettarlo integralmente.

Data ...../...../..... Firma del richiedente maggiorenne .....

(Se minorenni, firma del genitore o dell'esercente la patria potestà)

Come sei venuto a conoscenza del nostro evento?

- |                                       |  |                                      |                                      |
|---------------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Siti Web     | <input type="checkbox"/> Facebook              | <input type="checkbox"/> Mailing     | <input type="checkbox"/> Concorsi    |
| <input type="checkbox"/> Danzainfiera | <input type="checkbox"/> Volantini o Manifesti | <input type="checkbox"/> Passaparola | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

\*\*\*\*\*

## **AUTOCERTIFICAZIONE DI BUONA SALUTE** (in assenza del certificato medico)

Io sottoscritto .....

padre/madre di .....

nato/a a ..... il .....

Dichiaro

- (minorenni) che mio/a figlio/a risulta in stato di buona salute.

In fede .....

- (maggioresnni) di essere in stato di buona salute.

In fede .....

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte (comprensivo dell'avvenuto pagamento dell'importo dovuto in base all'opzione scelta + la quota di iscrizione di € 10,00), dovrà essere consegnato entro il primo giorno di lezione.

Lo stagista autorizza l'Organizzazione (salvo dissenso scritto) ad utilizzare liberamente la propria immagine, nonché i dati personali, ai fini promozionali, informativi e statistici ai sensi del Regolamento UE 2016/679 GDPR sulla privacy e in base al Regio Decreto n° 633 del 1941 sul diritto all'immagine.