



## RICHIESTA DI LEZIONE DI PROVA

Io sottoscritto \_\_\_\_\_, genitore/tutore legale di  
\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_, il  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_

### CHIEDO

Che mio/a figlio/a possa svolgere le 4 lezioni di prova di pallacanestro organizzate da PALLACANESTRO CASTELFRANCO 1952 ASD.

Per tale motivo,

### DICHIARO

- di essere consapevole che durante la/e lezione/i di prova mio/a figlio/a, non essendo iscritto a PALLACANESTRO CASTELFRANCO 1952 ASD, NON è coperto da alcuna forma di Assicurazione Infortuni e da alcun altro tipo di assicurazione (R.C., ecc.);
- pertanto di esonerare PALLACANESTRO CASTELFRANCO 1952 ASD e gli istruttori preposti allo svolgimento delle lezioni di prova da qualsiasi responsabilità per qualunque tipo di infortunio dovesse verificarsi durante le lezioni di prova richieste;
- che mio/a figlio/a è in condizioni psicofisiche idonee per svolgere l'attività;
- di essere a conoscenza dei rischi, prevedibili ed imprevedibili, connessi alla pratica dell'attività di pallacanestro;
- di assumermi sin da ora ogni e qualsiasi responsabilità riguardo mio/a figlio/a per danni personali e/o procurati da terzi (e/o a cose) a causa di un comportamento riconducibile a mio/ figlio/a non conforme alle norme;
- di essere consapevole che mio/a figlio/a sta provando gratuitamente l'attività di pallacanestro per un massimo di 4 lezioni;
- di autorizzare PALLACANESTRO CASTELFRANCO 1952 ASD al trattamento dei dati personali forniti.

Castelfranco Veneto (TV), li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

FRMA GENITORE/TUTORE

