



**Centri Sportivi
Aziendali e Industriali**
ITALIA ENTE DI PROMOZIONE
SPORTIVA
RICONOSCIUTO
DAL CONI



LIBERATORIA ATTIVITA' ESCURSIONI E GARE IN MTB

MTB CASTELLI ROMANI Associazione Sportiva Dilettantistica / Codice Fiscale - 97962280588 - www.mtbcastelliromani.it

Io sottoscritto nato il Cod. fiscale:
 Residente in Via n°:
 Cap Provincia
 Patente\C.I. n° Scadenza: .../.../.... Rilasciata dal comune di
 E-mail: N. cellulare /
 Genitore o facente funzione, di: C.I.:

DICHIARO:

- Di essere debitamente informato circa la necessità di produrre certificazione medica attestante la mia idoneità all'esercizio dell'attività sportiva agonistica e non agonistica, come previsto dal D.M. 28/2/1983, che impone il controllo sanitario per la pratica sportiva non agonistica e agonistica a coloro che svolgono attività organizzate dal C.O.N.I. e da società o A.S.D. affiliate alle Federazioni sportive nazionali o agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal C.O.N.I..
- Di essere in condizioni psicofisiche idonee e di avere consegnato il CERTIFICATO MEDICO AGONISTICO/ NON AGONISTICO IN ORIGINALE, rilasciato da un medico e in corso di validità per la stagione **2018/2019** di cui chiedo il tesseramento, secondo le norme vigenti in materia di tutela sanitaria.
- Di essere a conoscenza dei rischi prevedibili e imprevedibili connessi all'escursione che si intende affrontare e di tenerli nella dovuta considerazione, anche se l'escursionismo non è una attività di per sé pericolosa.
- Di conoscere e di attenermi durante l'escursione a tutte le norme e disposizioni di sicurezza.
- Di utilizzare i dispositivi di protezione previsti/concessi per questa disciplina.
- Di rispettare sempre la natura.
- Di non accendere fuochi in zone in cui ci sia il reale rischio di procurare incendi.

DICHIARO INOLTRE:

- Che, IN ASSENZA del certificato medico, oppure qualora il certificato medico SIA SCADUTO DI VALIDITA' o comunque siano insorte complicazioni da determinarne la revoca, oppure mi trovi in precarie condizioni psicofisiche, ESONERO A.S.D. MTB CASTELLI ROMANI, nella persona del suo Presidente pro-tempore e dei Consiglieri, da qualsiasi responsabilità di carattere civile, penale, disciplinare e amministrativa derivante dalla iscrizione o partecipazione alle escursioni/gare/attività e da tutti gli eventi ad essa conseguenti o ascrivibili.
- Di assumermi sin da ora ogni responsabilità riguardo la mia persona, per i danni personali procurati ad altri e/o alla bike e/o ai dispositivi di protezione previsti/concessi e utilizzati.
- Che il contratto di escursione "di gruppo" non prevede l'assicurazione infortuni.
- Che il contratto di escursione "di gruppo" esclude ogni responsabilità della A.S.D. MTB CASTELLI ROMANI e degli enti proprietari dei sentieri, riguardo la natura, il tipo e gli eventuali ostacoli presenti sui percorsi affrontati.
- Di valutare la difficoltà dei percorsi, di cui la A.S.D. MTB CASTELLI ROMANI non è custode o manutentrice, in base alle mie capacità.
- Per me, nonché per i miei eredi e/o aventi causa, di sollevare la A.S.D. MTB CASTELLI ROMANI, tutti i suoi soci, nonché i loro eredi e/o aventi causa, da ogni responsabilità per lesioni, morte e/o qualsivoglia danno (anche causato da terzi) dovesse derivare alla mia persona in occasione ed a causa dell'attività svolta.
- In caso di minori, il modulo dovrà essere controfirmato dall'esercente la potestà parentale. Il genitore che sottoscrive la domanda, rappresenta il minore a tutti gli effetti nei confronti della A.S.D. MTB CASTELLI ROMANI e risponde verso la stessa per tutti gli obblighi del minore.

DI AVER LETTO ATTENTAMENTE E VALUTATO IL CONTENUTO DEL PRESENTE DOCUMENTO IN TUTTI I SUOI PUNTI.

Acconsento al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003.

DATA:

FIRMA: