



# **UNION VILLA CAMP**

**Prima settimana dal 06 luglio al 10 luglio**

**Seconda settimana dal 13 luglio al 17 luglio**

**Terza settimana dal 20 luglio al 24 luglio**

**Quarta settimana dal 27 luglio al 31 luglio**

**Quinta settimana dal 03 agosto al 07 agosto**

**Ogni settimana sarà divisa in due turni:**

**Primo turno dalle ore 08.30 alle ore 11.30 - Secondo turno dalle ore 14.30 alle ore 17.30**

***Il camp si svolgerà presso il centro sportivo di via Piave a Cassano Magnago***

***Il camp è riservato a ragazzi/e nati dal 2008 al 2014***

***Il costo del camp è di euro 40,00 a turno (mattino o pomeriggio).***

Turno A mattina 06 – 10 luglio

Turno B pomeriggio 06 – 10 luglio

Turno E mattina 20 – 24 luglio

Turno F pomeriggio 20 – 24 luglio

Turno I mattina 03 – 07 agosto

Turno L pomeriggio 03 – 07 agosto

Turno C mattina 13 – 17 luglio

Turno D pomeriggio 13 – 17 luglio

Turno G mattina 27 – 31 luglio

Turno H pomeriggio 27 – 31 luglio

**Compilare il modulo iscrizione, la liberatoria e l'autocertificazione COVID allegati da inviare a: [asd.unionvillacassano@virgilio.it](mailto:asd.unionvillacassano@virgilio.it)**

**A.S.D. UNION VILLA CASSANO via piave, snc – CASSANO MAGNAGO (VA)**

**Tel. 0331 200851 – 3802865651 // Email: [asd.unionvillacassano@virgilio.it](mailto:asd.unionvillacassano@virgilio.it)**



# UNION VILLA CAMP

MODULO DI ISCRIZIONE DA INVIARE ENTRO IL 2 LUGLIO 2020

**DATI RAGAZZO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Telefono genitore o tutore \_\_\_\_\_

Turno A mattina 06 – 10 luglio

Turno B pomeriggio 06 – 10 luglio

Turno E mattina 20 – 24 luglio

Turno F pomeriggio 20 – 24 luglio

Turno I mattina 03 – 07 agosto

Turno L pomeriggio 03 – 07 agosto

Turno C mattina 13 – 17 luglio

Turno D pomeriggio 13 – 17 luglio

Turno G mattina 27 – 31 luglio

Turno H pomeriggio 27 – 31 luglio

N.B. Barrare la casella del turno prescelto.

***Il costo del camp è di euro 40,00 a turno (mattino o pomeriggio).***

***Il pagamento dovrà avvenire tramite Bonifico bancario prima dell'inizio del camp al conto corrente:***

**CREVAL ag. CASSANO MAGNAGO**

**IBAN : IT87V052165011000000001995**

**DATI GENITORE O TUTORE LEGALE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

FIRMA

-----

Dichiaro che mio figlio non è tesserato con alcuna Società FIGC durante lo svolgimento del camp.

FIRMA \_\_\_\_\_



# UNION VILLA CAMP

## DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI ESONERO DA RESPONSABILITA' ED ASSUNZIONE DEL RISCHIO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/19\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

in qualità di esercente la patria potestà sul minore

\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_/\_\_/20\_\_

### Dichiara

- Di autorizzare il proprio figlio a partecipare ad uno stage di allenamento organizzato dal ASD UNION VILLA CASSANO;
- Di esonerare la società ASD UNION VILLA CASSANO da ogni responsabilità ed assumere quindi qualsiasi rischio, a titolo esemplificativo e non esauriente, di infortuni, incidenti e/o danni, personali o alle cose, che il proprio figlio dovesse subire derivante o comunque connesso alla partecipazione del medesimo alle attività sopra citate;
- Di rinunciare pertanto sin da ora a qualsiasi pretesa risarcitoria, ragione e azione, in qualunque sede, giudiziale o stragiudiziale, verso la Società ASD UNION VILLA CASSANO;
- Di manlevare e garantire la società ASD UNION VILLA CASSANO da ogni pretesa avanzata da terzi, a qualsivoglia titolo, ed assumere quindi qualsiasi rischio, a titolo esemplificativo e non esauriente, di infortuni, incidenti e/o danni, personali o alle cose, che il proprio figlio dovesse subire derivante o comunque connesso alla partecipazione del medesimo;
- Di allegare alla presente, certificato medico in corso di validità, attestante il buono stato di salute del giocatore.

CASSANO MAGNAGO li.....

Firma genitore/Tutore

*firma leggibile* \_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre che il proprio figlio non è tesserato con alcuna Società iscritta alla F.I.G.C.

Firma genitore/Tutore

*firma leggibile* \_\_\_\_\_

Consenso al trattamento dei dati personali per i soli scopi inerenti l'attività della Società sportiva.  
Il Responsabile del trattamento dei dati è Asd UNION VILLA CASSANO.

Firma genitore/Tutore *firma leggibile* \_\_\_\_\_

# MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a

nato a

il

e residente in via

Genitore e/o Tutore di

nato a il

-

## DICHIARO QUANTO SEGUE

In possesso del certificato idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza in data \_\_/\_\_/\_\_

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Eventuale esposizione al contagio

Febbre >37,5°	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Tosse	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Stanchezza	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Mal di gola	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONTATTI con casi sospetti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Mal di testa	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONTATTI con familiari di casi sospetti	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONVIVENTI Conviventi con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Congestione nasale	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nausea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Vomito	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Perdita di olfatto e gusto	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Congiuntivite	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Diarrea	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

Ulteriori dichiarazioni

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesta sotto la mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

Autorizza inoltre la ASD UNION VILLA CASSANO al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente,

Data

Firma