



SCHEDA DI ISCRIZIONE

# FESTIVAL DELLA DANZA

STAGE

Nome .....

Cognome .....

Nato/a ..... il .....

Via .....

Città ..... CAP .....

Tel ..... email .....

Scuola di provenienza .....

Diretta da .....

Con sede in via .....

Città ..... CAP .....

Tel ..... email .....

**Stage Prescelti** .....

Costo dell'opzione prescelta .....

Specificare se borsista .....

## DICHIARAZIONE POSSESSO CERTIFICAZIONE MEDICA

il/la sottoscritto/a dichiara altresì di essere in possesso di certificazione medica attestante l'idoneità allo svolgimento dell'attività fisica succitata (certificato di sana e robusta costituzione).

Firma .....

*(se minorenni firma del genitore esercente la patria potestà)*

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

il/la sottoscritto/a, acconsente al trattamento dei propri dati personali per lo svolgimento di tutte le attività strumentali alla realizzazione delle finalità istituzionali, compresa la diffusione (anche a mezzo stampa e televisione) delle informazioni relative alle competizioni organizzate ed agli esiti delle stesse. Consento, altresì, al trattamento ed alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di fotografie ed immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto attraverso internet, riviste ed altre pubblicazioni.

Firma .....

*(se minorenni firma del genitore esercente la patria potestà)*