

LIBERATORIA RIPRESE E CERTIFICAZIONE MEDICA ASSICURATIVA

NOME DELLASCUOLA E/O REFERENTE: _____

VIA _____ N° _____

CITTÀ _____ PROV _____

TELEFONO CELLULARE (NUM. REPERIBILE)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____ IN
QUALITÀ DI REFERENTE RESPONSABILE DELLA SCUOLA/SOLISTA/ DUO/ CREW/
GRUPPO _____

DICHIARA

CHE LA COREOGRAFIA È LIBERA DA VINCOLI SIAE E DI AVERE PRESO VISIONE DEL REGOLAMENTO DANZAREMILANO 2019; CHE OGNUNO DEI PARTECIPANTI SOTTOSCRITTI SONO LIBERI DA VINCOLI PUBBLICITARI E/O CONTRATTI CON RETI TELEVISIVE.

ALLEGO ELENCO DEI PARTECIPANTI AL DANZAREMILANO 2019 (NOME COGNOME DI OGNI ALLIEVO).

SI DICHIARA INOLTRE CHE OGNI BALLERINO È IN POSSESSO DELL'ASSICURAZIONE E DEL CERTIFICATO MEDICO NECESSARI PER PRATICHE SPORTIVE CHE SONO IN CUSTODIA PRESSO LA MIA SCUOLA DI DANZA.

PER I MINORENNI VALE FIRMA DEL RESPONSABILE GRUPPO CHE FUNGE DA GARANTE REFERENTE.

ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL D.LGS. N°196/2003

ACCOSENTO AL TRATTAMENTO DELL'IMMAGINE DEI PARTECIPANTI DA PARTE DELLO STAFF DI BALANCE PRO MOVE SSD ARL (RIPRESE VIDEO E FOTO).

PER ACCETTAZIONE FIRMA DEL REFERENTE