

SCHEDA DI ISCRIZIONE

Io sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n° _____

Recapito telefonico _____

Altro recapito telefonico (da contattare in caso di necessità) _____

e-mail _____

Consiglio del Medico di Medicina Generale/Medico Specialista di partecipare al gruppo di cammino

☐ SI ☐ NO

CHIEDO

l'iscrizione al Gruppo di Cammino. A tal fine allego il modulo di assunzione di responsabilità, obbligatorio per l'iscrizione al gruppo di cammino.

DATA _____ FIRMA _____

REGOLAMENTO UE 2016/679

Gentile Signora/e

il Comune/l'Associazione/la Cooperativa l'ASST/ _____ tratterà i Suoi dati personali secondo le disposizioni di legge previste dalla normativa vigente. Tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. I dati da Lei forniti sono necessari per l'organizzazione del gruppo cammino, la verifica della partecipazione all'iniziativa, per finalità statistiche e di rendicontazione. In relazione alle suddette finalità, le modalità di trattamento dei suoi dati potranno avvenire mediante strumenti cartacei o con l'ausilio di sistemi informatici, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la riservatezza degli stessi mediante l'adozione delle idonee misure di sicurezza. I dati potranno essere comunicati a soggetti terzi per il perseguimento delle proprie finalità istituzionali e all'Agenzia di Tutela della Salute nel rispetto delle disposizioni di cui al diritto all'accesso. La comunicazione dei dati è comunque limitata a quelli strettamente necessari ad effettuare adempimenti di competenza e il trattamento avviene nel rispetto dei principi di necessità ed indispensabilità. Titolare del trattamento dei dati è (art. 4 comma 7) _____; Responsabile del trattamento dei dati è (art. 4 comma 8) il Responsabile del _____. In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà in ogni momento esercitare i diritti ai sensi del Regolamento UE 2016/679, rivolgendosi ai Responsabili del trattamento per conoscere i propri dati, chiederne la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione di dati erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi. Il conferimento dei dati da parte dell'interessato è strettamente necessario per poter partecipare al Gruppo di Cammino.

Data _____ Firma _____

LIBERATORIA PER LA PUBBLICAZIONE DELLE PROPRIE IMMAGINI

Autorizzo le riprese video e fotografiche della mia immagine effettuate durante lo svolgimento delle attività del Gruppo di Cammino. Tali immagini potranno essere utilizzate dal Comune/Associazione/Cooperativa, dall'ASST e dall'ATS Brescia per fini istituzionali (quali la pubblicazione sul sito aziendale, la predisposizione di pubblicazioni e ogni altro evento inerente l'attività di gruppi di cammino) e dal Conduttore del Gruppo di Cammino locale, per la pubblicazione su siti di Associazioni che divulgano l'attività del Gruppo di Cammino, per la predisposizione di articoli e di opuscoli pubblicitari.

Firma Data.....

ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ ALLA PARTECIPAZIONE AL
GRUPPO DI CAMMINO DI CAZZAGO SAN MARTINO

L'attività fisica svolta con il gruppo di cammino non comporta alcun problema o rischio per la maggior parte delle persone; tuttavia, a tutela della sua salute e per sollevare il suo conduttore (walking leader) da eventuali responsabilità è necessario che lei risponda alle domande e che compili la parte sotto riportata:

- avverte qualche tipo di dolore al petto quando fa uno sforzo fisico? SI ☐ NO ☐
- ha accusato dolore al petto non collegato a sforzo fisico nell'ultimo mese? SI ☐ NO ☐
- le è capitato di perdere l'equilibrio a causa di vertigini? SI ☐ NO ☐
- le è capitato di perdere conoscenza? SI ☐ NO ☐
- il suo medico di fiducia le ha detto che in base alla sua condizione deve limitare l'attività fisica? SI ☐ NO ☐
- è stato completamente inattivo per un lungo periodo? SI ☐ NO ☐

Io sottoscritto

Cognome _____ Nome _____

sono consapevole che

se ho risposto SI a una delle domande sopra riportate devo contattare il mio medico di famiglia affinché mi consigli sulla mia partecipazione al gruppo di cammino.

se ho risposto NO a tutte le domande sopra riportate devo comunque iniziare lentamente e aumentare gradualmente l'attività fisica.

e dichiaro di partecipare al gruppo di cammino sotto la mia personale responsabilità.

Data _____

Firma _____

FORMULA DI ACQUISIZIONE DEL CONSENSO DELL'INTERESSATO

Io sottoscritto/a, alla luce dell'informativa di cui alla scheda d'iscrizione, nonché pubblicata nella sezione dedicata del sito internet istituzionale:

☐ Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali, inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

☐ Esprimo il consenso alla comunicazione dei miei dati personali ad enti pubblici e società di natura privata per le finalità indicate nell'informativa.

Data _____ Firma _____