

Il/la Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____ e residente a

_____ In Via _____ n. _____

tel. _____

CHIEDE

Per il proprio figlio/a _____

nato/a a _____ il _____

C.F. _____ e residente a _____

DI POTER PARTECIPARE AL CORSO DI EQUITAZIONE PER MINORI ORGANIZZATO DAL COMUNE C/O IL CENTRO IPPICO LOC. "LOGONIAI" SP 17 OTTANA-SARULE KM 3 - NEI MESI DI LUGLIO E AGOSTO 2019 PER N. 12 LEZIONI TRASPORTO INCLUSO.

A tal fine dichiara:

- di impegnarsi a versare la **quota** di partecipazione di **€ 100,00**, al momento in cui verrà comunicato l'avvio del Servizio, direttamente all'Associazione Ippica "Logoniai " di Sarule tramite bonifico sul c/c postale di Sarule:

COD. IBAN IT89E0760105138298459998467 intestato a LEDDA MARIA CATERINA, (persona delegata ad operare sul conto), **CAUSALE : " Corso di equitazione"- nominativo del minore - Ollolai - ANNO 2019**

- di esonerare l'Amministrazione da ogni responsabilità inerente il corso.

Di autorizzare l'Amministrazione, ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) 2016/679 (RDDP) al trattamento dei miei dati.

VEDI RETRO

Allega alla presente:

- certificato medico attestante l'idoneità fisica del minore all'attività sportiva;
- copia fotostatica del documento di riconoscimento, in corso di validità, del richiedente;
- copia della ricevuta di versamento entro il primo giorno di inizio Servizio.

Distinti saluti

IL/LA RICHIEDENTE
