



SCUOLA DI ALPINISMO E SCIALPINISMO "ANGELA MONTANARI"



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE

Il (la) sottoscritto (a)

nato (a) il residente a

viaCAP

tel/cell e-mail

(*) Tessera CAI n..... sezionecon bollino valido per il

(*) da compilare per i soci CAI

CHIEDE di essere ammesso (a) a partecipare al:

- CORSO BASE DI SCIALPINISMO (SA1)
- CORSO AVANZATO DI SCIALPINISMO (SA2)
- CORSO BASE DI ALPINISMO (A1) modulo NEVE-GHIACCIO modulo VIE NORMALI-FERRATE
- CORSO DI ROCCIA (AR1)
- CORSO BASE DI ARRAMPICATA (AL1)
- CORSO BASE DI GHIACCIO (AG1)
- CORSO AVANZATO DI GHIACCIO (AG2)

(barrare la voce che interessa)

DICHIARA inoltre di:

- *accettare interamente il programma del corso presentato durante la serata di apertura ed il regolamento generale disponibile al seguente link:
http://www.cai.it/upload/media/alleg/Il_vigente_Regolamento_Generale_del_Club_Alpinio_Italiano.pdf*
- *essere in possesso dei requisiti richiesti per la partecipazione al corso*
- *essere consapevole ed informato, anche a seguito di quanto comunicato nella lezione di apertura, del fatto che l'attività in montagna presenta dei rischi che pur adottando le opportune cautele rimangono ineliminabili*
- *impegnarsi a contribuire alla buona realizzazione del corso con un comportamento attento e prudente, obbedendo alle indicazioni del direttore del corso e degli istruttori.*
- *essere al corrente del fatto che la Polizza Infortuni nelle norme particolari esclude esplicitamente dalla copertura assicurativa le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS, sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive, psicosi. L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.*

Ferrara,

Firma

NOTE (Indicare eventuali corsi seguiti – attività svolta)

.....

.....

.....



SCUOLA DI ALPINISMO E SCIALPINISMO “ANGELA MONTANARI”



Al solo scopo organizzativo ti chiediamo gentilmente di fornirci le seguenti indicazioni, barrando la voce che interessa:

- Partecipazione alle uscite pratiche: totale parziale (.....)
- Attività di interesse prevalente: arrampicata neve/ghiaccio scialpinismo
- Tipologia di attività svolta con la sezione: T E EEA ALP SCI
(T=gite turistiche; E=gite escursionistiche; EEA=ferrate; ALP=gite alpinistiche; SCI=gite sci)
- Attività già svolta con la Scuola di Alpinismo: FD A1 AR1 SA1 INQ
(FD=falesie e dintorni; A1=corso alp.; AR1=corso roccia; SA1=corso sci-alpinismo; INQ=in quota)
- Eventuali ruoli ricoperti in sezione: DG aAG aAE ON
(DG=direttore gita; aAG=aiutoAccompagnatore Alpinismo Giovanile;
aAE=aiutoAccompagnatore Escursionismo; ON=Operatore Naturalistico)

CERTIFICATO MEDICO

E' richiesto ai partecipanti di presentare entro la prima lezione pratica del corso, certificato medico per attività sportiva non agonistica o equivalente, valevole per l'intera durata del corso. La mancata presentazione di tale certificato comporterà l'esclusione dalla partecipazione al corso. A tale scopo mi impegno ad informare tempestivamente il Direttore qualora non fossi più idoneo allo svolgimento dell'attività oggetto del corso e a non tacere alcuna circostanza rilevante sotto tale profilo.

Ferrara,

Firma

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI EX ART. 23 D. LGS. 196/2003 e s.m.i. ED EX ART. 13 GDPR

Il sottoscritto, Socio della Sezione del CAI di
acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, nella sua qualità di *interessato* ai sensi della citata legge:

- **presta il suo consenso** al trattamento dei suoi dati personali e/o sensibili espressamente menzionati nella presente domanda e per le finalità in essa indicate;
- **autorizza a titolo gratuito l'utilizzo in qualsiasi forma delle proprie immagini** acquisite durante le iniziative ed i corsi, nonché autorizza **la conservazione** delle foto e degli audio/video stessi negli archivi informatici della Scuola e prende atto che le finalità di tali pubblicazioni sono meramente di carattere informativo ed eventualmente promozionale.

Ferrara,

Firma

*WHATSAPP

Dichiaro di essere consapevole che la richiesta di essere aggiunto alla chat creata ad hoc per il corso in oggetto sull'applicazione Whatsapp comporta necessariamente che il mio numero di telefono sarà visibile a tutti i partecipanti della stessa (istruttori della scuola e allievi del corso) e autorizzo pertanto la Scuola ad inserirmi in tale gruppo. Dichiaro di essere stato informato che, trattandosi di una chat aperta a tutti i partecipanti e senza possibilità di controllo per sua stessa natura da parte della Scuola sui contenuti pubblicati, la Scuola di Alpinismo non potrà essere considerata responsabile per alcuna violazione posta in essere dai partecipanti alla chat. La Scuola declina inoltre ogni responsabilità per quanto postato dai singoli istruttori al di fuori delle comunicazioni di servizio (orario e luogo di ritrovo, abbigliamento e attrezzatura consigliati, ecc...), essendo tali messaggi e contenuti espressione del singolo individuo.

Ferrara,

Firma



SCUOLA DI ALPINISMO E SCIALPINISMO "ANGELA MONTANARI"



COPIA CERTIFICATO MEDICO

Il signor..... nato il

sulla base della visita medica da me effettuata ed alla anamnesi, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività alpinistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data

.....
(timbro e firma del medico)