

**DOMANDA DI ISCRIZIONE
SCUOLA VELA CVCP**

Il sottoscritto/a (cognome e nome dell'allievo) _____ Nato/a _____
il _____ Codice fiscale _____
Abitante in _____ CAP _____ Via _____ n° _____
Tel. _____ Cell. _____ E-Mail _____

Chiede di partecipare al corso di vela sotto elencato.

LIVELLO/ORARI

- **Corso Base 1° Livello** - **Corso Base 2° Livello** Lunedì-sabato/ 09:00 -13:00 (4 ore)
 - **Corso Avanzato 3°-Livello** - **Corso Avanzato 4°-5° Livello** Lunedì-sabato/ 14:00-17:00 (3 ore)

DATE/CORSI

| | |
|---|---|
| GIUGNO: <input type="checkbox"/> - Dal 17/06 al 29/06. | CORSO SETTIMANALE: <input type="checkbox"/> - Dal 29/07 al 03/08 |
| LUGLIO: <input type="checkbox"/> - Dal 01/07 al 13/07 <input type="checkbox"/> - Dal 15/07 al 27/07 | AGOSTO: <input type="checkbox"/> - Dal 05/08 al 17/08 <input type="checkbox"/> - Dal 19/08 al 31/08 |
| <input type="checkbox"/> - Pacchetto stagionale da giugno a settembre | |
| Nel caso di partecipazione ad una sola settimana del corso indicare le date di inizio e fine: _____ | |

PREZZI E ABBONAMENTI (i prezzi comprendono la Tessera FIV obbligatoria)

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Corso due settimane = € 300.00 (<input type="checkbox"/> € 260,00 residenti - <input type="checkbox"/> € 250,00 figlio minorenni socio) |
| <input type="checkbox"/> Corso una settimana = € 200.00. |
| <input type="checkbox"/> Pacchetto stagionale (giugno- settembre) = € 700.00 (<input type="checkbox"/> € 500.00 residenti - <input type="checkbox"/> € 450,00 figlio minorenni socio) |
| <input type="checkbox"/> Secondo corso successivo = € 200.00 (<input type="checkbox"/> € 100.00 per una sola settimana) |

Al momento della prenotazione del corso è necessario **un ACCONTO quale cauzione pari a e € 100,00**. In caso di inadempienza verrà perso il diritto di acquisizione. **I pagamenti possono essere effettuati presso la segreteria del CVCP o tramite bonifico bancario:**
Banca T.E.M.A. - Codice **IBAN: IT 72 H 08851 72210 000000350091**

IMPORTANTE: Al momento di inizio del corso deve essere consegnato alla segreteria del CVCP copia di **Certificato Medico di sana e robusta costituzione** in corso di validità e **1 Foto-Tessera** dell'allievo.

Il Sottoscritto (Nome e Cognome del genitore) _____ dichiara di essere a conoscenza del programma che verrà svolto e di accettarlo in ogni sua parte, con particolare riguardo degli orari, disposizioni e modalità.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI.

Esprimo consenso al trattamento dei dati personali nel rispetto degli art. 13, 23, 26 del D.lgs. 30/06/2003 n°196 e dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa alla tutela del trattamento dei dati personali predisposta in ottemperanza della Legge. Acconsento inoltre all'uso e alla diffusione del materiale fotografico e video da parte del Club Velico Castiglione della Pescaia.

DATA

FIRMA (del genitore o di chi fa le veci)