



**MODULO DI REGISTRAZIONE ai CORSI DI FORMAZIONE
(Pilates Balanced Body - GYROTONIC® - GYROKINESIS® - Workshop/altri corsi)**

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a a _____ **il** _____

Residente in _____ **n.** _____ **Città** _____

Prov. _____ **Cap** _____ **C.F./P.IVA** _____

Cell. _____ **Email.** _____

Verso la somma di: _____ **tramite(contante/bonifico)** _____

Intestato a: FLOWING SSD (IBAN IT23X083270322600000008555 - specificando la causale nome,cognome,tipologia e data corso)

CORSO _____ **DATA CORSO** _____

REGOLAMENTO: il modulo di registrazione dovrà essere inviato entro 10 gg. precedenti alla data di inizio corso con eventuale certifica di avvenuto pagamento.

In caso di rinuncia, per motivi di forza maggiore, la quota di partecipazione verrà rimborsata secondo le seguenti modalità e con presentazione di certificato medico:

In caso di rinuncia con notifica sino a 20 gg. prima della data di inizio, verrà rimborsata una quota bonus pari all'80% della quota di iscrizione utilizzabile per poter partecipare a successivi corsi di formazione o attività promosse.

In caso di rinuncia con notifica dai 20 ai 10 gg. prima della data di inizio, verrà rimborsata una quota bonus pari al 50% della quota di iscrizione utilizzabile per poter partecipare a successivi corsi di formazione o attività promosse.

Qualora la notifica di rinuncia pervenga a meno di 10 gg. dalla data di inizio del corso, la quota di iscrizione non potrà essere rimborsata.

In caso di rinuncia dopo la data di inizio del corso,

verrà rimborsata una quota bonus pari al 100% del totale versato per poter partecipare a successivi corsi di formazione previa l'integrazione del 10% del costo del corso.

La S.S.D. FLOWING si riserva il diritto di annullare o variare le date dei corsi in programma per eventuali gravi motivi organizzativi. In tal caso si provvederà al rimborso totale della quota versata.

FIRMA _____ **DATA** _____

Legge Privacy trattamento dati personali:

Dichiaro di essere abile ed idoneo/a fisicamente alla pratica del corso di formazione; dichiaro di aver 18 anni compiuti e dichiaro di essere in possesso di regolare certificato medico in corso di validità. Mi assumo tutti i rischi derivanti dalla mia partecipazione al corso e di conseguenza libero l'organizzazione FLOWING S.S.D. da responsabilità di qualsivoglia tipo, a meno che, questa responsabilità non derivi da negligenza da parte dell'organizzazione stessa. Do' il consenso e la mia autorizzazione all'uso di materiale fotografico e video concernente l'attività svolta da me medesimo durante il corso per qualsiasi uso purché legittimo e senza remunerazione. Esprimo il consenso ad utilizzare i miei dati personali da parte di FLOWING S.S.D. per scopi legati esclusivamente e lecitamente all'esercizio della vostra attività, in relazione alla legge n.196 del 30/06/2003.

FIRMA.....