

MODULO DI LIBERATORIA SOSTITUTIVO DEL CERTIFICATO DI BUONA SALUTE

Io sottoscritto/a: Nome e Cognome _____

Data di nascita: _____

Luogo di nascita: _____

Codice Fiscale: _____

Indirizzo: _____

Telefono: _____

Email: _____

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ QUANTO SEGUE:

1. Di essere a conoscenza che il corso di Pilates prevede attività fisica che richiede uno sforzo fisico moderato, e di aver valutato personalmente la mia idoneità a partecipare a tale corso senza che vi siano controindicazioni rilevanti per la mia salute.
2. Di non soffrire di patologie cardiovascolari, respiratorie, muscolo scheletriche o di qualsiasi altra malattia o condizione medica che mi possa impedire o sconsigliare la pratica di attività fisica moderata o intensa.
3. Di non essere in stato di gravidanza (o, se lo sono, di aver consultato il mio medico e ottenuto l'approvazione a partecipare al corso).
4. Di assumermi piena responsabilità per la mia salute e incolumità durante la partecipazione al corso, sollevando l'istruttore di Pilates, la palestra o il centro che organizza il corso da qualsiasi responsabilità per danni o lesioni che potrebbero derivare dalla mia partecipazione.
5. Di essere consapevole che questo modulo sostituisce il certificato medico di buona salute e che, in caso di dubbi sulla mia idoneità, mi impegno a consultare il mio medico prima di iniziare il corso.
6. Di essere informato che i dati personali forniti saranno trattati ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) per le sole finalità legate alla gestione del corso di Pilates.

Firma del partecipante: _____

Data: _____

ISTRUTTORE O RESPONSABILE DEL CORSO :

Firma: _____

Data: _____

Il modulo garantisce che il partecipante è consapevole delle proprie condizioni fisiche e si assume la responsabilità per eventuali problematiche durante il corso, sollevando l'istruttore e gli organizzatori da responsabilità.