

## ALLEGATO B

### PROGETTO

**“CORSI DI AVVIAMENTO ALLO SPORT PER PERSONE DISABILI CON INVALIDITA’ CIVILE” (anno 2021)**

#### DATI SOGGETTO DESTINATARIO DEL CORSO

Cognome/Nome: \_\_\_\_\_

Data e Luogo di nascita: \_\_\_\_\_

Indirizzo (via, cap, città): \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Cell: \_\_\_\_\_

#### **TIPOLOGIA DISABILITA’** (indicare con una “X”)

##### **DISABILITA’ FISICA**

AMPUTAZIONE ARTO  
SUPERIORE

AMPUTAZIONE ARTO  
INFERIORE

CEREBROLESIONE/  
TRAUMA CRANICO

LEZIONE MIDOLLARE

LES AUTRES: \_\_\_\_\_

##### **DISABILITA’ SENSORIALE**

NON VEDENTE/IPOVEDENTE

NON UDENTE

**DISABILITA’ INTELLETTIVA/RELAZIONALE**

#### **TIPO DI CORSO e DISCIPLINA RICHIESTA**

OPEN Disciplina: \_\_\_\_\_

Società sportiva: \_\_\_\_\_

CLOSE Disciplina: \_\_\_\_\_

Società sportiva: \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, consapevole della responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità, dichiara che i dati soprariportati sono veritieri e:

Di NON essere tesserato ad alcuna federazione Paralimpica (FSN/FNSP/DSAP) da almeno due anni (dal 01/01/2019 in poi) e di NON essere un assistito INAIL;

che il sig./sig.ra/sig.na \_\_\_\_\_, NON è tesserato ad alcuna federazione Paralimpica (FSN/FNSP/DSAP) da almeno due anni (dal 01/01/2019 in poi) e NON è un assistito INAIL;

Inoltre, esprime la volontà di voler dare il consenso per l’adesione gratuita al progetto “CORSI DI AVVIAMENTO ALLO SPORT PER PERSONE DISABILI CON INVALIDITA’ CIVILE” promosso dal CIP CR Veneto.

.....  
(Luogo e data)

.....  
(firma leggibile e per esteso dell’interessato  
o del suo TUTORE se privo della capacità di agire)

**ALLEGATI:** modulo privacy + certificato medico sportivo + programma corso