

CORSI VELICI ESTIVI ANNO 2015

**CENTRI GIOVANILI PROMOZIONALI DELLO SPORT VELICO MARINA MILITARE
E DEL DIPARTIMENTO DELLA GIOVENTÙ E DEL SERVIZIO CIVILE NAZIONALE**

Il/la sottoscritto/a (1)

in qualità di (2)

del/della giovane M F

nato/a a..(luogo e data di nascita del ragazzo/a) il...../...../.....

abitante in (Comune e Provincia)..... CAP

Piazza/Via n°

Telefono casa..... Cell..... e-mail

Codice Fiscale del ragazzo/a (3)																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

studente/studentessa presso l'Istituto.....

regione dove è ubicato l'Istituto.....

chiede che il/la (4)partecipi ai Corsi Velici Estivi 2015.

Sede e turno di preferenza:

(Contrassegnare con una X la propria preferenza – non vincolante ai fini dell’assegnazione della sede e turno)

Accademia Navale Livorno	Turno	1° dal 07 al 17 luglio 2° dal 22 luglio al 01 agosto	
Scuola Sottufficiali La Maddalena	Turno	1° dal 07 al 17 luglio 2° dal 21 luglio al 31 luglio	
Scuola N. M. Morosini Venezia	Turno	1° dal 07 al 17 luglio	

Al riguardo:

- **dichiara che il/la (4) non ha mai frequentato corsi velici organizzati dalla Marina Militare o è risultato/a “rinunciario/a” dei predetti corsi;**
- esonera l'Amministrazione M.M. da ogni responsabilità derivante da qualsiasi disgraziato accidente nel quale l'interessato/a possa incorrere durante la frequenza del corso;
- dichiara che il/la (4) sa nuotare e che si impegna all'osservanza degli orari, disposizioni e modalità emanate dai Comandi degli Istituti di Formazione;
- dichiara di accettare ogni altra norma relativa del Corso.

ALLEGA

- **fotocopia della tessera sanitaria o del codice fiscale del ragazzo/a.**

Luogo e data,.....

..... (5)
(firma d’entrambi i genitori o in caso di mancanza di chi ne esercita la potestà)

- Note:**
- (1) **Cognome e nome di chi esercita la patria potestà.**
 - (2) **Grado di parentela di chi esercita la patria potestà**
 - (3) **Obbligatorio per la partecipazione ed entrare in graduatoria.**
 - (4) **Grado di parentela e nome del/della giovane**
 - (5) **La firma deve essere apposta da entrambi i genitori o in mancanza da chi ne esercita la potestà**

Il/la sottoscritto/a (1), in qualità di (2).....
del/della giovane

ISCRIZIONE F.I.V. (non necessario per coloro che sono già in possesso di tessera Fiv in corso di validità)
Autorizzo mio/a figlio/a all'iscrizione alla Federazione Italiana Vela in qualità di socio Scuola Vela.

..... (4)

DICHIARAZIONE LIBERATORIA

Autorizzo mio/a (3) a fruire giornalmente della libera uscita, secondo gli orari stabiliti dai Comandi degli Istituti di Formazione, esonerando l'Amministrazione Marina Militare da ogni responsabilità derivante da qualsiasi disgraziato accidente nel quale possa incorrere durante le ore di libera uscita.

..... (4)

RIENTRO AL DOMICILIO al termine del Corso (compilare solo la parte interessata)

1) Autorizzo mio/a (3) rientrare da solo/a alla propria residenza al termine del corso.

..... (4)

2) Provvederemo a prelevare nostro/a (3)al termine del corso.

..... (4)

3) Delega a terze persone (copia della delega dovrà essere consegnata al delegato ed esibita al personale degli Istituti di Formazione)

Il/la sottoscritto/a delega (5) identificato/a con documento di riconoscimento n° , rilasciato da in data a prendere in consegna mio/a

..... (4)

RECAPITI

Autorizzo l'Amministrazione Marina Militare a fornire ad altri genitori ed allievi risultati vincitori del concorso i seguenti recapiti:

telefono: _____ e-mail : _____

..... (4)

AUTORIZZO la pubblicazione di eventuali riprese fotografiche e filmati per eventuali e successive messe in opera di tutto il materiale divulgato dei corsi velici estivi:

..... (4)

DICHIARAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (obbligatorio ai fini dell'accettazione della richiesta)

I sottoscritti, autorizzano il trattamento dei dati personali, riportati sulla presente domanda di partecipazione esclusivamente per l'espletamento delle operazioni delle selezioni.

.....(4).....
(firma dei genitori o in caso di mancanza da chi esercita la potestà)

Ai sensi del Decreto Legislativo n° 196 del 30 giugno 2003, qualora se ne verificasse l'esigenza i propri dati personali potranno essere consultati o si potrà chiedere la loro modifica o cancellazione scrivendo allo Stato Maggiore della Marina, Ufficio Affari Generali e Relazioni Esterne – Ufficio Sport/vela, Piazza della Marina 4, 00196 Roma.

- Note: (1) Cognome e nome di chi esercita la patria potestà.
(2) Grado di parentela di chi esercita la patria potestà
(3) Grado di parentela e nome del/della giovane
(4) La firma deve essere apposta da entrambi i genitori o in mancanza da chi ne esercita la potestà
(5) Cognome e nome del delegato

AUTOCERTIFICAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA

(ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

(da compilare, a cura del genitore o del tutore, del minore)

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a in _____ () il _____

residente in _____ Via _____ n. _____

consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto previsto dall'art. 76 del **D.P.R. n. 445/2000** e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

che la propria famiglia residente in _____ ()
(comune) (provincia)

Via/piazza _____ n. _____
(indirizzo) (numero civico)

è così composta:

1) il/la dichiarante

2) _____ nato/a in _____ il _____
(cognome nome) (rapporto parentela con dich.)

3) _____ nato/a in _____ il _____
(cognome nome) (rapporto parentela con dich.)

4) _____ nato/a in _____ il _____
(cognome nome) (rapporto parentela con dich.)

5) _____ nato/a in _____ il _____
(cognome nome) (rapporto parentela con dich.)

6) _____ nato/a in _____ il _____
(cognome nome) (rapporto parentela con dich.)

7) _____ nato/a in _____ il _____
(cognome nome) (rapporto parentela con dich.)

8) _____ nato/a in _____ il _____
(cognome nome) (rapporto parentela con dich.)

Luogo e data,

Il / La Dichiarante

La presente dichiarazione deve essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 5 e 47 D.P.R. 445 del 28/12/2000)
(da compilare, a cura del genitore o del tutore, del minore)

Il/la sottoscritto/a _____ nato a _____

prov. (_____) il _____ e residente a _____

prov. (_____) Via _____ n. _____ CAP _____

Telefono casa _____ Cell. _____ e-mail _____

in qualità di genitore, o tutore (indicare estremi del provvedimento di nomina alla tutela _____)

del minore _____ nato a _____

prov. (_____) il _____ e residente a _____

prov. (_____) Via _____ n. _____ CAP _____

studente/studentessa presso l'Istituto scolastico superiore _____

città _____ (_____) indirizzo _____ n. _____ CAP _____

consapevole della responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e/o formazione od uso di atti falsi, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole altresì che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione decadrà dai benefici per i quali la stessa è rilasciata

CON RIFERIMENTO AL PREDETTO MINORE DICHIARA CHE

nello scrutinio finale dell'anno scolastico 2014-2015, sono riportati i seguenti voti:

N	MATERIA	VOTO
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

Luogo e data,

Il / La Dichiarante

La presente dichiarazione deve essere prodotta unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore, ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000.

Regione.....A.S.L.....

CERTIFICATO D'IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA

Il/la.....

nato/a a il/...../.....

residente in
(Città - Provincia - indirizzo)

n° iscrizione al S.S.N.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche (*).

Il presente certificato ha validità di 12 mesi dalla data di rilascio.

data.....

Il Medico

(timbro e firma)

- (*) Evidenziare se il soggetto è affetto da patologie allergiche che richiedano un'alimentazione particolare e/o la somministrazione preventiva di farmaci, in quest'ultimo caso indicare il tipo di farmaco richiesto e/o le sostanze alimentari che non devono essere presenti nella confezione dei pasti regolarmente somministrati durante i corsi. Si precisa che le provviste di alimenti che soddisfino particolari esigenze allergiche (celiachia, ecc.) dovranno essere fornite a cura dell'interessato.

N.B. Il presente allegato 5 non va spedito con la domanda,(Allegato 1, 2 e 3) ma portato in originale a mano, unitamente ai documenti previsti dall'Art. 7 del presente bando di concorso.