**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 : **MIRIAM VALERO**

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.