



## MODULO D'ISCRIZIONE - KLIMAX BLUE ART LAB

7 – 12 GIUGNO

SHARING ART 2022

Il/La sottoscritt\_ cognome e nome ..... nato/ a ..... il .....  
residente a ..... Via. .... n°..... C.A.P. ....  
Cell. .... e-mail ..... C.F. ....

(Per I minori cognome e nome del genitore che esercita la patria potestà)

chiede di

**iscriversi alla MASTERCLASS KLIMAX BLUE ART LAB, che prevede, al costo totale di € 350,00:**

- ❖ **7 GIUGNO 2022 - CHECK IN presso lo SHARING ART ore 18:00 - Accoglienza, Visita della Residenza, Assegnazione Alloggi, Introduzione alla MASTERCLASS - KLIMAX BLUE ART LAB con VINCENZO GALLO E LUIGI GIORDANO e Cena di benvenuto.**
- ❖ **8-9-10-11 GIUGNO 2022 - Soggiorno completo presso lo SHARING ART, VITTO, ALLOGGIO, PRESENZA E PARTECIPAZIONE ALLE ORE DI LEZIONE PREVISTE DAL COACH.**
- ❖ **12 GIUGNO 2022 - Colazione e CHECK OUT ore 10:00**

### COME ISCRIVERSI

Le selezioni sono aperte a tutti gli artisti, professionisti o semiprofessionisti, senza limite di età, che siano cittadini e cittadine italiane, comunitari ed extracomunitari in possesso di documenti identificativi in corso di validità. La scelta dei partecipanti è sottoposta a giudizio insindacabile della Direzione Artistica. Con la sottoscrizione e l'invio del modulo di partecipazione i partecipanti accettano le presenti condizioni offerte e si impegnano ad osservare quanto qui indicato.

**Per iscriversi bisogna compilare il modulo per ogni singola persona in stampatello leggibile, firmare e INVIARE a [blueartacademy.info@gmail.com](mailto:blueartacademy.info@gmail.com).**

ASS. FILODRAMMATICA KLIMAX – SHARING ART via Civita 5/A 80045 Pompei NA –Tel 0813939361 –  
[sharingartpompei@gmail.com](mailto:sharingartpompei@gmail.com) - P.IVA 09556371210 - klimaxtheatre.it



**Per assicurarsi la prenotazione sarà necessario versare un acconto di € 200,00 tramite bonifico bancario, non appena verrete selezionati alla partecipazione della Masterclass dai diretti incaricati. Mentre la restante quota di € 150,00 dovrà essere versata sempre tramite bonifico, una settimana prima dell' arrivo previsto dell'inizio della MASTERCLASS al conto corrente:**

POSTE ITALIANE INTESTATO: KLIMAX POMPEI

IBAN IT27Y0760103400001051343513

**CAUSALE: KLIMAX BLUE ART LAB + Nome e Cognome partecipante**

Li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma

---

**N.B. DA ALLEGARE E CONSEGNARE INSIEME AL MODULO DI ISCRIZIONE e REGOLAMENTO presenti FIRMATI:**

- DOCUMENTO D'IDENTITA'
- CODICE FISCALE
- CURRICULUM VITAE
  
- 2 FOTO

MENTRE L'AUTOCERTIFICAZIONE COVID VA CONSEGNATA AL MOMENTO DELL'ARRIVO IN STRUTTURA COSI' COME LA COPIA DEL SALDO BONIFICO EFFETTUATO.

#### **LOCATION**

SHARING ART - Via Civita 5/A - 80045 Pompei (NA)

**INFO Cell. 3351011312-**

**Email: vitojpepe@libero.it**

**Instagram:**

**Klimaxtheatre**



Il/La sottoscritto/a dichiara di accettare le clausole e condizioni che regolano la partecipazione alla **MASTERCLASS KLIMAX BLUE ART LAB** di seguito riportate.

## REGOLAMENTO

Art. 1 - Per la partecipazione a **ALLA MASTERCLASS KLIMAX BLUE ART LAB** bisogna essere associati all'**ASSOCIAZIONE SHARING ART**, pertanto sottoscrivendo il presente modulo e versando la quota di adesione in loco di **€10,00** si diventa soci fruitori solo per la durata dell'evento.

Art. 2 - La partecipazione è subordinata al possesso di certificazione medica attestante l'idoneità di buona salute dell'iscritto/a.

Art. 3 - L'iscritto/a esonera, con la sottoscrizione del presente atto, l'organizzazione da qualsiasi tipo di responsabilità per ogni ed eventuale danno alla persona o a cose occorsi nella pratica della **MASTERCLASS** o comunque nella pratica di ogni altra attività effettuata nelle strutture ospitanti **LA MASTERCLASS KLIMAX BLUE ART LAB** in quanto l'iscritto è a conoscenza del rischio che le predette pratiche possono comportare e solleva l'organizzazione da ogni e qualsiasi responsabilità al riguardo, valendo la sottoscrizione del presente modulo d'iscrizione quale formale prestazione di consenso nei suddetti termini. .

Art. 4 - L'organizzazione non risponde dello smarrimento, della sottrazione o del deterioramento di cose o valori e effetti personali degli iscritti portati all'interno delle strutture ospitanti **LA MASTERCLASS KLIMAX BLUE ART LAB**

Art. 5 - Gli iscritti e se minori gli esercenti la patria potestà sui predetti, sono personalmente responsabili di ogni danno causato alle strutture ospitanti **LA MASTERCLASS KLIMAX BLUE ART LAB**, con esclusione di ogni responsabilità per gli organizzatori i quali non assumono alcun obbligo di custodia.

Art. 6 - L'organizzazione non è responsabile dell'assenza dei maestri, per qualsiasi causa.

Art. 7 - L'iscritto/a non ha diritto, in alcun caso e per nessun motivo, alla restituzione delle somme versate, tali somme sono rimborsabili solo nel caso di annullamento DELLA **MASTERCLASS KLIMAX BLUE ART LAB** da parte dell'organizzazione.

Firma ..... (Se minorenni firma del genitore che esercita la patria potestà)

L'iscritto/a dichiara di aver perfettamente esaminato tutte le clausole del presente modulo, di aver ricevuto copia dello stesso ed in segno di approvazione, sottoscrive nuovamente accettando espressamente ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del C.C., le condizioni contenute negli articoli 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 dopo averle rilette. Letto, approvato e sottoscritto.

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a, acconsente al trattamento dei propri dati personali per l'espletamento di tutte le attività strumentali alla realizzazione delle finalità istituzionali, compresa la diffusione, anche a mezzo stampa, televisione, internet e qualsiasi altro mezzo di diffusione e sotto qualsiasi forma, delle informazioni relative alle competizioni organizzate ed agli esiti delle stessa. Acconsento, altresì, al trattamento ed alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di fotografie ed immagini atto a rivelare identità del sottoscritto/a.

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Autorizzo il trattamento dei dati personali contenuti in base all'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ DI MARKETING

Esprimo, inoltre, il consenso alla comunicazione dei dati e utilizzo di immagine per finalità di marketing e promozionali a terzi con i quali l'ente abbia rapporti di natura contrattuale e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dai contratti.

Firma .....

(Se minorenni firma del genitore che esercita la patria potestà)

**ASS. FILODRAMMATICA KLIMAX – SHARING ART via Civita 5/A 80045 Pompei NA –Tel 0813939361 –  
[sharingartpompei@gmail.com](mailto:sharingartpompei@gmail.com) - P.IVA 09556371210 - klimaxtheatre.it**



**Modulo di Autodichiarazione  
Covid-19**

**ai sensi degli art.46 e 47 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445 e  
successivi Da portare con sé e consegnare alla propria associazione**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Residente in: \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ PR: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tipo documento: \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ Rilasciato da: \_\_\_\_\_  
in data: \_\_\_\_\_

In caso di minorenni, lo stesso è rappresentato e accompagnato da: \_\_\_\_\_

Rapporto familiare: (madre, padre etc) Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ via: \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ PR: \_\_\_\_\_

**Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000)**

**DICHIARA**

- Di non aver avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19.
- Di non avere in atto e non avere avuto sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 tra i quali temperatura corporea maggiore di 37,5°, tosse, astenia, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia nelle ultime settimane.
- Di non aver avuto contatti a rischio negli ultimi 14 giorni con persone che sono state affette da coronavirus (familiari, luogo di lavoro, etc.).
- Di non essere sottoposto a regime di quarantena o isolamento. DICHIARA altresì di obbligarsi ad informare immediatamente la ASD/SSD qualora successivamente alla presente dichiarazione dovesse accusare sintomi da Covid-19 o contrarre la malattia da Covid-19 od entrare in contatto con persone a rischio come sopra indicate e di aver ricevuto

idonea informativa privacy allegata alla presente.

In fede Data: \_\_\_\_\_

Firma atleta \_\_\_\_\_

In caso di minore o soggetto incapace:

Firma genitore

\_\_\_\_\_



## Nota bene

**In caso di minori la dichiarazione deve essere firmata da entrambi gli esercenti la responsabilità genitoriale.**

Informativa privacy: in relazione a quanto da me dichiarato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000), prendo atto che le società operanti presso questo 'impianto sportivo si riservano la possibilità di controllo e verifica sulla veridicità del loro contenuto.

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato sulla raccolta dei dati personali ex art. 13 Regolamento UE n 679/2016 e di aver già prestato specifico consenso all'atto del tesseramento che i dati personali raccolti relativi saranno trattati anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Firma .....

(Se minorenni firma del genitore che esercita la patria potestà)