



“SFACCHINATA DI CASSANO”

8 h NON STOP DI NUOTO

3[^] EDIZIONE

Centro Sportivo “G. Facchetti” Cassano D’Adda
Domenica 24 novembre 2024 dalle 11:00 alle 19:00

REGOLAMENTO MANIFESTAZIONE

- **Squadre partecipanti: massimo 12.**
- **Partecipanti per ogni squadra:** saranno ammessi da un minimo di 1 ad un massimo di 8 componenti.
- Frequenza dei cambi illimitati durante la 8 ore, con possibilità di cambio ogni 15 minuti (00:15 – 00:30 – 00:45 – 00:60 di ogni ora) in base alla strategia della squadra.
- Non sono ammessi supporti di nessun tipo fatta eccezione per il “pull buoy”.
- Per partecipare è **obbligatorio il certificato medico**; è ammesso sia il certificato medico per attività sportiva agonistica che quello per attività sportiva non agonistica – esclusivamente in formato originale rilasciato ai sensi del DM 24.04.2013 del Ministero della Salute, per adulti e minori di età superiore agli anni 6 (sei). Non verranno prese in considerazione le autocertificazioni.
- Per i minorenni l’iscrizione dovrà essere firmata dal genitore o dal tutore.
- Ogni squadra all’atto dell’iscrizione dovrà nominare un “capitano”, il quale sarà portavoce della squadra, che potrà rivolgersi all’organizzazione per eventuali reclami e segnalazioni.
- L’assegnazione delle corsie avverrà tramite estrazione, il giorno stesso della manifestazione, pertanto i capitani di ogni squadra, dovranno presentarsi in impianto alle 09:15, ora di estrazione. La scelta della “Dea Bendata” sarà insindacabile.
- **Quota d’iscrizione e partecipazione:** € 180/squadra, da versare contestualmente all’iscrizione alla manifestazione presso la segreteria del Centro Sportivo “G. Facchetti” di Cassano D’Adda.
- **Pacco gara:** cuffia, sacchetta, attestato di partecipazione *-(per ciascun partecipante)*.
- **Premio speciale:** verrà premiata la squadra che avrà effettuato più Km nell’arco delle 8 ore.

LE ISCRIZIONI DOVRANNO PERVENIRE ENTRO E NON OLTRE IL 17 NOVEMBRE COMPLETE DI:

- MODULO D’ISCRIZIONE (pg.2 e 3) per ogni componente della squadra/partecipante - integralmente compilato e firmato.
- CERTIFICATO MEDICO originale per ogni componente della squadra/partecipante.
- MODULO ISCRIZIONE SQUADRA (pg.4).
- ATTESTAZIONE DI AVVENUTO PAGAMENTO della quota iscrizione squadra.

NOTA BENE: l’organizzazione potrà chiudere le iscrizioni prima della data prevista in caso di raggiungimento del limite massimo di squadre partecipanti.

L’ ORGANIZZAZIONE GARANTISCE LA PRESENZA DEL SERVIZIO DI PRIMO SOCCORSO DURANTE TUTTA LA MANIFESTAZIONE.

INFORMATIVA EX ART. 13 REGOLAMENTO UE 679/2016

La informiamo che ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 (di seguito per brevità GDPR) di seguito Le forniamo le seguenti informazioni:

- 1) I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità:
 - a) Obblighi legali per fatturazione, scritture e registrazioni contabili obbligatorie e simili.
 - b) Obblighi contrattuali, quindi registrazioni inerenti all'iscrizione alla gara.
 - c) Comunicazioni inerenti ai corsi e nostre offerte o ns. indagini di mercato.
 - d) Obblighi assicurativi.
- 2) Il trattamento sarà effettuato sia con modalità manuali ed automatizzate.
- 3) I dati potranno essere comunicati alla Compagnia di Assicurazione convenzionata con la sottoscrizione del presente al fine, necessario, della gestione degli eventuali infortuni – sinistri.
- 4) I dati personali saranno conferiti all'Ente di Promozione Sportiva "Centro Nazionale Sportivo Libertas" con sede legale in Roma, via Po 22, per finalità assicurative.
- 5) L'interessato, in ogni momento, potrà richiedere l'accesso ai dati conferiti, ottenere la rettifica, richiedere la cancellazione con l'avviso che, se richiesta durante la validità del contratto questo dovrà essere risolto.
- 6) Il conferimento dei dati personali è requisito necessario per l'adempimento del presente contratto.
- 7) I dati personali conferiti saranno conservati per il tempo necessario all'esercizio del diritto.
- 8) Il titolare del trattamento è: Sport Plus SSD S.r.l. con sede in Milano – CAP 20123 – Piazzale l Cadorna 10 e tutte le richieste da parte dell'interessato potranno essere inoltrate al seguente indirizzo e-mail: info@sportplussrl.it. Il Titolare ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) contattabile a dpo@insrl.net.
- 9 L'interessato ha diritto di presentare reclamo avverso il trattamento dei propri dati personali all'Autorità Garante per la Privacy con sede in Roma.

Io sottoscritto _____

Dichiaro di aver, letto e compreso l'informativa sopra riportata.

Data _____ Firma (genitore 1) _____

Durante il servizio oggetto del presente accordo In Sport SSD S.r.l. potrà acquisire immagini filmate e fotografiche per il trattamento finalizzato alla pubblicazione degli stessi sui social media usati da In Sport quali Facebook per scopi meramente promozionali.

PRESTO IL CONSENSO SI NO

Firma (genitore 1) _____ Firma genitore 2 _____

I dati personali conferiti verranno utilizzati per finalità di profilazione ai fini pubblicitari di terzi soggetti, compresa la cessione dei dati stessi a società specializzate in marketing, solo previo suo consenso espresso.

PRESTO IL CONSENSO SI NO

Firma (genitore 1) _____ Firma genitore 2 _____

ISCRIZIONE E TESSERAMENTO

Richiedo il Tesseramento all'Ente di Promozione Sportiva Centro Nazionale Sportivo Libertas, per la stagione sportiva 2024/2025 come ATLETA.

Data _____ Firma (genitore 1) _____

MODULO ISCRIZIONE SQUADRA - "SFACCHINATA DI CASSANO" - 3^ EDIZIONE

NOME SQUADRA _____	
CAPITANO - Nome e cognome _____	certificato medico <input type="checkbox"/> DATA _____
PARTECIPANTI (in ordine di staffetta)	
1) NOME E COGNOME _____	certificato medico <input type="checkbox"/> DATA _____
2) NOME E COGNOME _____	certificato medico <input type="checkbox"/> DATA _____
3) NOME E COGNOME _____	certificato medico <input type="checkbox"/> DATA _____
4) NOME E COGNOME _____	certificato medico <input type="checkbox"/> DATA _____
5) NOME E COGNOME _____	certificato medico <input type="checkbox"/> DATA _____
6) NOME E COGNOME _____	certificato medico <input type="checkbox"/> DATA _____
7) NOME E COGNOME _____	certificato medico <input type="checkbox"/> DATA _____