

## RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Professione \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Ho particolari conoscenze in: \_\_\_\_\_

Ho conseguito l'abilitazione a: \_\_\_\_\_

Arrivo a Timau in: \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_ verso le \_\_\_\_\_

Aggregato al gruppo: \_\_\_\_\_

Ho conosciuto l'associazione tramite: \_\_\_\_\_

**Avendo letto e compreso le condizioni per collaborare con la vostra Associazione e aver preso buona nota delle norme di sicurezza che dovrò osservare durante il lavoro e il tempo libero, dichiaro che la partecipazione alle attività ha luogo a mio rischio e pericolo.**

**Data:** \_\_\_\_\_ **Firma** \_\_\_\_\_

**Consenso dei genitori o di chi ne fa le veci, per la partecipazione dei minori di anni 18:**

Consento al minore \_\_\_\_\_ di partecipare ai lavori del museo all'aperto.

Firma \_\_\_\_\_

**Nel rispetto della legge 675/96, si informa che i dati forniti sono assolutamente confidenziali e verranno utilizzati solo per iniziative strettamente connesse alla attività dell'Associazione Amici delle Alpi Carniche.**

*La presente richiesta, compilata in ogni sua parte, deve essere inviata via fax o e-mail alla:  
ASSOCIAZIONE AMICI DELLE ALPI CARNICHE Via Nazionale 90 33020 TIMAU di Paluzza*