



## CENTRO YOGA SATYANANDA TORINO

Affiliato a Satyananda Ashram Italia

### Domanda di associazione e di iscrizione ai corsi ...../.....

Cognome ..... Nome .....  
Via ..... Cap ..... Città .....  
Tel ..... Cell .....  
Data di nascita ..... Professione .....  
Email .....

**Desidero associarmi al Centro Yoga Satyananda per l'anno**

**Desidero iscrivermi ai corsi di Yoga nei seguenti orari:**

- |                                    |     |       |                                  |     |       |
|------------------------------------|-----|-------|----------------------------------|-----|-------|
| <input type="checkbox"/> Lunedì    | ore | _____ | <input type="checkbox"/> Venerdì | ore | _____ |
| <input type="checkbox"/> Martedì   | ore | _____ | <input type="checkbox"/> .....   | ore | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mercoledì | ore | _____ |                                  |     |       |
| <input type="checkbox"/> Giovedì   | ore | _____ |                                  |     |       |

Dichiaro sotto la mia responsabilità di non avere alcun problema di salute per lo svolgimento di attività sportiva non agonistica.

**Indicare eventuali problemi di salute e comunicarli anche all'Insegnante**

.....

**Mi impegno a comunicare all'Insegnante qualsiasi variazione del mio stato di salute**

**Sono studente (meno di 26 anni)**

**Convenzioni** .....

Con riferimento alla Legge n. 196/2003 ed il Nuovo Regolamento UE 679/2016 sulla Protezione dei Dati Personali (GDPR), con la presente dò il consenso al trattamento dei miei dati personali per le finalità istituzionali, connesse o strumentali, dell'Associazione e alla loro comunicazione ai terzi nell'ambito dei soggetti con cui l'Associazione è in comunicazione. In qualsiasi momento avrò comunque diritto a far modificare o cancellare i miei dati dal vostro archivio tramite mia comunicazione.

**Data**.....

**Firma** .....

---

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

**TESSERA N.**

- Frequenza settimanale**  
 **Frequenza bisettimanale**  
 **Altro**.....

- Quota associativa**  
 **Quota trimestrale**  
 **Quota semestrale**  
 **Quota annuale**

**PAGAMENTO**  **contanti/assegno** Euro .....

**bonifico** Euro .....

Data.....

Firma incaricato .....