



## AUTOCERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DELLO YOGA

Io sottoscritto/a:

- Nome e Cognome: Matteo Treve
- Luogo e Data di nascita: Mariano Comense 22/05/1988
- Indirizzo di residenza: Giussano Via Giusti 6B 20833
- Documento di identità (tipo e numero): C.I. AX 2244754
- Codice Fiscale: TRVMTT88E22E9510

### DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ QUANTO SEGUE

#### 1. Stato di salute

Dichiaro di essere in buone condizioni fisiche, psichiche e di salute generale per la pratica dello yoga. Ho effettuato regolari controlli medici e non mi sono state diagnosticate patologie o condizioni che controindichino la pratica di attività fisiche come lo yoga. Dichiaro altresì di non soffrire di patologie croniche, cardiache, respiratorie, ortopediche o neurologiche che possano interferire con la mia capacità di svolgere attività fisica in sicurezza.

#### 2. Certificazione medica

In caso di mancato rilascio di tale certificato: \_\_ dichiaro di essere consapevole dei rischi potenziali legati all'assenza di una certificazione medica e sollevo l'insegnante e l'organizzazione da ogni responsabilità in merito.

#### 3. Responsabilità personale

Sono consapevole che la pratica dello yoga, pur essendo generalmente considerata sicura, comporta un certo grado di sforzo fisico. Dichiaro di assumermi ogni responsabilità per qualsiasi incidente, lesione o danno fisico che dovesse occorrere durante o a seguito della partecipazione alle lezioni, tranne nei casi di comprovata negligenza dell'insegnante o dell'organizzazione.

#### 4. Sollevamento da responsabilità

Sollevo l'insegnante di yoga e l'organizzazione presso cui vengono tenuti i corsi da qualsiasi responsabilità per eventuali infortuni o danni derivanti dalla mia partecipazione alla pratica, tranne nei casi di dolo o colpa grave. Riconosco che l'insegnante non è in alcun modo responsabile per condizioni mediche preesistenti o per problemi di salute che possano emergere durante o dopo la pratica.

#### 5. Obblighi e consapevolezza

Mi impegno a segnalare tempestivamente all'insegnante eventuali sintomi o problemi fisici che potrebbero sorgere prima o durante la lezione, come dolori, difficoltà respiratorie o sensazioni di malessere, e a interrompere immediatamente la pratica se necessario. Dichiaro inoltre di essere consapevole che la pratica dello yoga richiede attenzione e rispetto dei propri limiti fisici, e che non mi sarà richiesto di forzare posture o movimenti al di là delle mie capacità.



6. **Privacy**

Dichiaro di essere stato/a informato/a che i dati personali forniti saranno trattati nel rispetto delle normative vigenti sulla protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 - GDPR), esclusivamente per finalità connesse alla partecipazione al corso di yoga. Autorizzo il trattamento dei dati personali per tali finalità.

Luogo e Data:

Giussano 24/09/2024

Firma del dichiarante:

