



**CLUB ALPINO ITALIANO**  
**SCUOLA INTERSEZIONALE DI ESCURSIONISMO**  
**CVL**

Via Edmondo De Amicis – 10040 Leini - To  
E-mail: [scuolaecaicvl@libero.it](mailto:scuolaecaicvl@libero.it) Sito internet: <https://www.scuolacvl.it/>



**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
**1° CORSO PIANTE SPONTANEE OFFICINALI E ALIMURGICHE PSO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(nome e cognome) (data) (città e provincia)

Residente in \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(via/piazza) (n° civico) (CAP) (città e provincia)

Socio CAI Sezione di \_\_\_\_\_, Tessera N° \_\_\_\_\_

chiedo di poter partecipare alla selezione del Corso PSO sopra indicato organizzato per l'anno 2024.

A tale scopo dichiaro di:

1. Conoscere ed accettare le Norme che regolano lo svolgimento del corso stesso,
2. Aver preso visione ed accettare il bando del corso;
3. Essere consapevole che le decisioni inerenti agli itinerari da percorrere e le modalità attuative delle escursioni verranno prese in modo insindacabile dalla Direzione del Corso;
4. Esonerare la Scuola e la Sezione organizzante da responsabilità relativamente a danni a cose e/o persone che potranno verificarsi durante lo svolgimento del corso.

Mi impegno inoltre a:

1. Fornire una fototessera anche in formato elettronico;
2. Essere in regola con l'iscrizione al Club Alpino Italiano per l'anno 2024;
3. Essere in regola con la quota di iscrizione al corso entro la data di inizio dello stesso.

Ti informiamo, ai sensi dell'art. 10 della Legge n. 675/96 e s.m.i., che il trattamento dei dati forniti in fase di iscrizione al Corso è finalizzato unicamente all'erogazione delle prestazioni ad esso connesse. Suddetti trattamenti potranno essere eseguiti usando supporti cartacei e/o informatici e/o telematici, impiegando comunque modalità e procedure tali da garantirne la sicurezza e la riservatezza.

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)

**Autorizzazione per i minori di 18 anni**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ in qualità di genitore di \_\_\_\_\_  
(nome e cognome) (nome e cognome)

Consapevole della tipologia di attività relativa al corso su percorsi escursionistici Autorizzo mio figlio a partecipare alle attività della Scuola Intersezionale di Escursionismo CAI CVL

In fede \_\_\_\_\_

**Ti preghiamo inoltre di fornirci le seguenti informazioni per permetterci una migliore organizzazione logistica:**

- indicare il tuo numero di telefono \_\_\_\_\_
- indicare il tuo indirizzo e-mail \_\_\_\_\_



## SCHEDA INFORMATIVA

### 1° CORSO PIANTE SPONTANEE OFFICINALI E ALIMURGICHE PSO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

dichiaro che i dati di seguito riportati corrispondono al vero

**Socio CAI Sezione di** \_\_\_\_\_, **anno di prima iscrizione** \_\_\_\_\_

**Eventuali incarichi nel CAI** \_\_\_\_\_

**Svolge attività di escursionismo**      si     n

**Se si da quanto tempo**

1 anno       da 2 a 5 anni    oltre 5 anni      oltre 10 anni

**Con chi**

escursioni CAI       con un amico esperto    autonomamente    con altri gruppi organizzati

**Svolge altre attività in montagna**

escursionismo       alpinismo      scialpinismo    sci di discesa      sci di fondo

ciclo-escursionismo       arrampicata    altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Ha frequentato corsi**

di altro tipo in ambito escursionistico  (specificare quali) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Altre tipologie di corsi**  (specificare quali) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(luogo e data)

\_\_\_\_\_  
(firma)