



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΝΟΜΟΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
ΔΗΜΟΣ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ

ΑΙΤΗΣΗ

Αρ. Πρωτ.:

ΠΡΟΣ: **ΔΗΜΟ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ**

ΤΜΗΜΑ: ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ
ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ, ΠΑΙΔΕΙΑΣ &
ΠΟΛΙΤΙΣΜΟΥ
ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ

Α. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΘΛΟΥΜΕΝΟΥ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: Τ.Κ:
ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ:
Α.Δ.Τ.: Α.Φ.Μ.: Δ.Ο.Υ.:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ΚΙΝΗΤΟ:
EMAIL:

Β. ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΗΔΕΜΟΝΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ:
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ: ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΡΟΣ:
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: Τ.Κ:
ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΡΙΣΜΑ:
Α.Δ.Τ.: Α.Φ.Μ.: Δ.Ο.Υ.:
ΤΗΛΕΦΩΝΟ: ΚΙΝΗΤΟ:
EMAIL:

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Με την παρούσα αίτηση μου προς τον Δήμο Μαλεβιζίου ζητώ την ένταξή μου στα προγράμματα άθλησης του Δημοτικού Γυμναστηρίου Γαζίου και δηλώνω υπεύθυνα ότι τα στοιχεία που αναγράφονται στην αίτηση μέλους είναι ακριβή. Ενημερώθηκα και αποδέχομαι τους όρους οργάνωσης και λειτουργίας του δημοτικού γυμναστηρίου και αποδέχομαι να λάβει γνώση των στοιχείων της παρούσης η αρμόδια Υπηρεσία του Δήμου.

Γάζι,

Το Υποψήφιο Μέλος

Για το Ανήλικο Μέλος, ο Κηδεμόνας

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)

(ΥΠΟΓΡΑΦΗ)



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟΥ

ΔΕΥΤΕΡΑ ΕΩΣ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 07:00 – 22:00 ΣΑΒΒΑΤΟ ΚΥΡΙΑΚΗ ΚΛΕΙΣΤΑ

ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ ΓΑΖΙΟΥ ΔΗΜΟΥ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ

ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΥ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ 133 ΓΑΖΙ, Τ.Κ.71414

ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:2810 822582

 **gym@malevizi.gr**



ΔΗΜΟΤΙΚΟ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ ΜΑΛΕΒΙΖΙΟΥ

Προστασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα: Ο Δήμος Μαλεβιζίου συμμορφώνεται πλήρως με τον Κανονισμό (ΕΕ) 2016/679 για την προστασία των προσωπικών δεδομένων (GDPR). Συλλέγουμε τα δεδομένα σας αποκλειστικά για τους σκοπούς της επεξεργασίας που έχουμε ορίσει και τα τηρούμε μόνο για το απαραίτητο χρονικό διάστημα, λαμβάνοντας όλα τα απαραίτητα μέτρα προστασίας. Μπορείτε να ενημερωθείτε για τους σκοπούς της επεξεργασίας και τα δικαιώματά σας ως υποκείμενα των δεδομένων στην Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων που είναι διαθέσιμη στην ιστοσελίδα του Δήμου www.malevizi.gov.gr

ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΙΑΤΡΟΥ

(Συμπληρώνεται από τον / την ίδιο/α τον/την ιατρό)

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ιατρός
εξέτασα τον/την και τον/την κρίνω
ικανό/ή να συμμετέχει σε πρόγραμμα άθλησης με την επίβλεψη γυμναστή (φυσιολογικών
επιβαρύνσεων) χωρίς να διατρέχει κίνδυνο για την υγεία του/της.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Οδηγίες προς τον/την αθλούμενο/η και το γυμναστή/στρια

.....
.....

Ο/Η Ιατρός

Ημερομηνία: