

Dados pessoais	
Nome completo	
Nº BI/CC	NIF
Data de nascimento	Telefone
Morada	
Localidade	Código-postal
Telefone (em caso de emergência)	

Dados de inscrição	
1ª prioridade	
Núcleo	
Dias da semana	Horário
2ª prioridade (caso não exista vaga na 1ª prioridade)	
Núcleo	
Dias da semana	Horário

Observações

	Autorizo o tratamento dos meus dados pessoais, apenas para fins constantes do presente procedimento.
	Autorizo apenas para as finalidades acima indicadas, a transferência dos meus dados pessoais a terceiros, garantindo o Município de Torres Vedras, enquanto entidade responsável pelo seu tratamento a mais rigorosa confidencialidade e integridade dos mesmos.
	Declaro que tomei conhecimento e concordo com as condições de participação no Programa de Desporto Sénior da Câmara Municipal de Torres Vedras. É minha responsabilidade consultar o meu médico de família para me assegurar que não tenho qualquer impedimento de saúde para a prática da atividade física.

Assinatura	
	Data