

MODULO DI RICHIESTA ISCRIZIONE SOCIO E SOCIO MINORENNE

Associazione Sportiva Dilettantistica

.....

Il Sottoscritto _____ nato a _____ ()
il _____ e residente in via _____

città _____ ()

Cellulare _____ email _____

CHIEDO DI ACCETTARE LA MIA RICHIESTA DI TESSERATO

CHIEDO IN QUALITA' DI GENITORE DI ISCRIVERE, IN QUALITA' DI TESSERATO

Nome _____ Cognome _____
nato a _____ () il _____ Codice fiscale _____
residente in via _____ città _____ ()

DICHIARO:

1- di conoscere ed accettare quanto stabilito dallo Statuto; 2-di impegnarmi a versare la quota associativa. 3-di essere a conoscenza che la quota associativa annuale rappresenta il contributo alle attività sociali e, pertanto, non è trasferibile e non viene rimborsata in caso di dimissioni; di essere in possesso dell'idoneità psicofisica ed esente da malattie controindicate alla pratica ludico-sportiva svolta durante le attività previste dallo Statuto della A.S.D. e di impegnarmi a consegnarne copia all'associazione; 4-di essere stato informato che con la presente si diventa socio di un'Associazione sportiva non a scopo di lucro, con modalità "tessera base" come da documentazione assicurativa presente su sito dell'ente. 5- di essere a conoscenza che i soci che non si dimostrino rispettosi nei confronti della A.S.D. verranno allontanati o penalizzati secondo lo Statuto in vigore.

-Autorizzo il trattamento dei dati personale per le sole finalità dell'associazione. I miei dati, pertanto, non potranno essere forniti senza il mio consenso, a soggetti estranei all'Associazione, per finalità diverse da quelle associative. Sono informato che il titolare dei dati è l'associazione sportiva dilettantistica che è responsabile del trattamento. In ottemperanza della normativa prevista dal decreto legislativo del 30 giugno 2003 n.196, il trattamento dei dati sarà inoltre rispettoso dei limiti stabiliti dal Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari predisposto con D.M. n.305 del 7.12.2006 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.11 del 15.1.2007 e del GPFT 679/2016 e che quindi posso chiedere aggiornamenti, rettifiche, integrazioni e cancellazione dei dati che mi riguardano.

- Allego alla presente CERTIFICATO MEDICO DI ATTIVITA' NON AGONISTICA in corso di validità

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto su indicato

dichiara di:1- aver letto la presente informativa in merito al trattamento dei propri dati personali;2- autorizzare il trattamento dei dati personali nella modalità indicata dalla presente informativa e in base al D.lgs.196/2003 e successive modifiche

_____, li ____/____/____

Firma: _____

PARTE RISERVATA ALLA A.S.D.

N.B. Il presente modulo, per la sua validità, dovrà essere consegnato al Presidente o al Segretario, in alternativa ad un membro del Consiglio Direttivo, di persona, via mail o tramite altro mezzo che assicuri l'avvenuta ricezione. Data accoglimento domanda ____/____/____

Per autorizzazione Iscrizione A.S.D. _____

(Firma del Presidente o un membro del Direttivo)