|  |
| --- |
| **ARTI MARZIALI BRONTE**  **C.F.93161680876 - p.iva Via Francesco Aidala, 3 - 95034 - Bronte (CT) TEL. +39095691490 CELL. +393476487901 email: francescogangi@alice.it** |

|  |
| --- |
| **MODULO DI ADESIONE IN QUALITA' DI SOCIO** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a |  | C.F. |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nato/a a |  | il |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| e residente in |  | Tessera N. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Città |  | Prov. |  | C.a.p. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tel. |  | Cell. |  | Email. |  |

|  |
| --- |
| CHIEDE   * L’iscrizione/il Rinnovo in qualità di SOCIO all’associazione sportiva in intestazione. * Di essere ammesso/a a partecipare ai Corsi e/o Lezioni individuali, consapevole che la loro frequenza è subordinata al regolare versamento dei rispettivi contributi specifici deliberati dal Consiglio Direttivo dell’associazione. * Sono stato debitamente informato circa la necessità di produrre certificazione medica attestante la mia idoneità all'esercizio dell'attività sportiva non agonistica come previsto dal D.M. 28/2/1983 che impone il controllo sanitario per la pratica sportiva NON agonistica a coloro che svolgono attività organizzate dal C.O.N.I., da società o a.s.d. affiliate alle Federazioni sportive nazionali o agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal C.O.N.I. * Chiedo di essere ammesso a frequentare il centro sin dalla data del presente atto, in attesa della produzione della suddetta certificazione.   DICHIARA   * Di aver preso visione dello statuto sociale dell’ente e di condividerne contenuti e finalità senza riserva alcuna; * Di essere a conoscenza che ogni anno viene celebrata l’assemblea annuale dei soci, per l’approvazione del rendiconto consuntivo, la cui convocazione viene effettuata mediante affissione dell’avviso all’albo sociale; * Dichiaro di voler frequentare il centro dalla data del presente atto pur in assenza di certificazione medica attestante la mia idoneità all'esercizio dell'attività sportiva non agonistica; * Dichiaro di sollevare il gestore da ogni qualsiasi responsabilità nei confronti miei e dei miei aventi causa, per danni alla persona e/o patrimonio che io possa subire frequentando il Centro a causa delle mie condizioni di salute; * Prendo atto e riconosco che la presente liberatoria concerne qualsiasi attività (sportiva & non) da me svolta presso il centro ivi incluse le attività che possono presentare accentuata pericolosità (a mero titolo d'esempio, spinning, kick boxing, uso pesi, bilancieri e macchine per il fitness, ovvero sauna, bagnoturco). * Tutto cio' premesso, io sottoscritto, debitamente informato, nel pieno possesso delle mie facolta e sotto la mia piena ed esclusiva responsabilita’.   *Ai sensi e per effetto dell'art 1469 bis cod.civ. , la presente liberatoria non si estende ad atti e/o omissioni del presidente dell’associazione e dei suoi collaboratori.* |
| **PER IL MINORE DI ANNI 18** il sottoscritto, genitore (ovvero tutore) del minore suindicato richiede l’iscrizione all'associazione e ai corsi/lezioni individuali dello stesso, assumendo personalmente le responsabilità di cui sopra. |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Il/La sottoscritto/a |  | C.F. |  |  |  |  | | --- | --- | | e residente in |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Città |  | Prov. |  | C.a.p. |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Tel. |  | Cell. |  | Email. |  |  |  |  | | --- | --- | | Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Firma del richiedente (per minori firma del Genitore/Tutore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Ai sensi dell’art.6 del regolamento UE 2016/679, dichiaro:**   * Di aver preso visione dell’informativa di cui all’art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” e 13 regolamento UE 2016/679 e di autorizzare il titolare ad acquisire, trattare e archiviare, anche a mezzo di strumenti elettronici, i miei dati personali, sia quelli “comuni” che quelli “sensibili”, per le finalità organizzative interne e la gestione della mia iscrizione e frequenza della struttura. Sono consapevole che il consenso al trattamento è obbligatorio e che l’eventuale rifiuto comporterà l’impossibilità di frequentare la struttura |
| Firma del richiedente (per minori firma del Genitore/Tutore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Di consentire al trattamento dei dati e del loro impiego anche per lo svolgimento di campagne pubblicitarie e promozionali da parte del Titolare. |
| Firma del richiedente (per minori firma del Genitore/Tutore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| * Di autorizzare l’acquisizione di proprie immagini durante lo svolgimento dell’attività didattica o in occasione di esibizioni, feste e altri eventi organizzati dall’associazione, nonché il loro impiego a scopo informativo e pubblicitario, nell’ambito di volantini, riviste periodiche o sito internet dell’associazione. |
| Firma del richiedente (per minori firma del Genitore/Tutore) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |