



A.S.D.

**POLISPORTIVA GIGLIOTTI
TEAM NUORO**Modello di
TESSERAMENTO
ATLETAVia Mandrolisai 5 - 08100 NUORO tel. 348/7696162
e-mail: POLISPORTIVAGIGLIOTTI@HOTMAIL.COM C.F. 93037590911

All'A.S.D. POLISPORTIVA GIGLIOTTI TEAM NUORO affiliata alla F.I.J.L.K.A.M. con codice 20NU3244 ed all'Ente di Promozione Sportiva A.C.S.I. con codice 4514, CONI 194517 e 200197 Albo Regione SAR00019

OGGETTO: domanda richiesta DI TESSERAMENTO

II/ la sottoscritto/a (o nome del Bambino)			
COGNOME		NOME	
Nato a	il	e residente in	
Via	cap	Te!.	Fax
Email	C.F.		
(in caso di minore) DANNO IL CONSENSO			
<input type="checkbox"/> Genitore	Cognome e Nome		
<input type="checkbox"/> Tutore			
Luogo di nascita	Data di nascita	C.F.	

Chiede di essere TESSERATO a codesta spettabile Associazione, e, di conseguenza, tesserarsi alla **F.I.J.L.K.A.M.** e/o solo all'Ente di Promozione Sportiva **A.C.S.I.**

- Di conoscere ed accettare lo statuto e i regolamenti dell'Associazione, della Federazione e dell'Ente di Promozione ad essa associata dal Coni e le deliberazioni degli organi sociali.
- Di conoscere ed accettare le condizioni della polizza assicurativa stipulata in favore dei propri iscritti.

SI IMPEGNA PEDISSEQUAMENTE

- a versare con la sottoscrizione del presente modulo, il pagamento delle quote associative corrispondenti alle formule prescelte, in base alla dichiarazione indicate nel **FOGLIO NOTIZIE** (allegato). Si dispone tassativamente che i pagamenti avvengano nei primi 5 giorni del mese in corso, in **CONTANTI** o **BONIFICO**.
- il tesserato nel caso minori i Genitori, accettano tutte le disposizioni di volta in volta emanate dalla Direzione della ASD POLISPORTIVA GIGLIOTTI aventi ad oggetto le norme di funzionamento dell'attività Sportiva.
- **ad assumersi ogni responsabilità sul SUO stato di salute ed in particolare sulla sua IDONEITA' ALLA PRATICA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA.** - <https://sites.google.com/site/polisportgigliotti/>
- Ad esibire idonea certificazione medica in base all'attività da svolgere sia essa **Agonista** o **Non Agonistica**
In fede

In Data e Luogo

(firma leggibile - per i minori: firma di chi esercita la potestà)

Apponendo la firma dichiaro di avere letto l'informativa predisposta ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento UE n.679/2016 come riportata sul retro; in particolare sono a conoscenza della obbligatorietà del conferimento dei dati per la parte in cui è espressamente richiesto e degli effetti del rifiuto sulla domanda di associazione e sul tesseramento e sono stato informato sulla possibilità del trattamento dei miei dati a fini commerciali/pubblicitari. A questo proposito liberamente

1. In materia di Privacy ai sensi del GDPR - **presto il consenso**

Vedasi

<https://sites.google.com/site/polisportgigliotti/>

(firma leggibile - per i minori: firma di chi esercita la potestà)

2. Per l'attuazione e accettazione del

- REGOLAMENTO
- CODICE DI CONDOTTA
- LINEE GUIDA

Vedasi

<https://sites.google.com/site/polisportgigliotti/>

*(firma leggibile - per i minori: firma di chi esercita la potestà)*Vista la domanda presentata datendente ad ottenere la conferma ad atleta dell'associazione, dopo breve consulto **SI / NO accetta la domanda** Pertanto la quota di iscrizione unica annuale è di **€ 45** valevole anno sportivo, mentre la quota mensile è quella indicata nel Foglio Notizie allegato

In data e Luogo _____

La Commissione

Il Legale Rappresentante p.t.

ALLEGATO FOGLIO NOTIZIE

DATI DELL'ATLETA

Cognome Nome

nato il aresidente.....

Via..... Frequenza Scolastica

scuola(oppure) Attività lavorativa

Codice Fiscale Tel.....

Per la TUTELA SANITARIA:- Ha aderito a tutte le vaccinazioni di Legge(SI)..... (NO)....

Soffre o ha sofferto di patologie per cui necessità di attenzione particolare(NO).....(SI).....

(.....

.....)

Indicazione di eventuali allergie

.....

Altre notizie utili od eventuali motivi **ostativi** all'attività Sportiva.....

.....

.....

Con la sottoscrizione del modulo di iscrizione, si impegna al pagamento delle quote corrispondenti alle formule prescelte, **tassativamente entro i primi 5 giorni del mese**, (Quota associativa è di **45 €.** per ogni settore o disciplina sportiva praticata. Mentre la quota mensile è onnicomprensiva di **40 €.** pro-capite, **meno 3 €.** per ogni altro familiare iscritto). Si comunica che la quota mensile può variare, fatto salvo esplicita comunicazione da parte del Direttivo. VEDASI PAGAMENTI (2)

Firma dell'interessato (1)

DATI DEI GENITORI (solo x iscritti minori)

Padre.....nato il a

professioneCodice fiscale

Madre.....nata il..... a

professioneCodice fiscale

INDIRIZZO

Genitore referente o tutore

Via e numero civico

Cap Città

ProvinciaTelefono

Firma del genitore referente o tutore(1)

(1) La firma costituisce autorizzazione per la **A.s.d. Polisportiva Gigliotti Team Nuoro** ad utilizzare le informazioni contenute nel presente foglio per uso esclusivo d'ufficio a norma di legge e per la privacy.-

(2) Pagamento può avvenire in contanti o a mezzo bonifico Bancario intestato alla:

Asd Polisportiva Gigliotti Team Nuoro – IBAN IT82X0306909606100000178710