



## Conferma di Iscrizione

Si prega di stampare e firmare il presente documento a conferma dell'iscrizione e consegnarlo in segreteria

### Dati di Iscrizione

Cognome: Rindone

Nome: Leonardo

Email: robyrindo@alice.it

Telefono: 3474113781

Data di Nascita: 2014-11-16

Luogo di Nascita: Bolzano

Codice Fiscale: RNDLRD14S16A952J

Indirizzo: Via Resia 87

Città: 39100 Bolzano

Provincia: Bolzano

Genitore 1: Roberto Rindone

Telefono Genitore 1: 3474113781

Email Genitore 1: robyrindo@alice.it

Genitore 2: Laura Zanovello

Telefono Genitore 2:

Email Genitore 2:

Categoria di iscrizione:

CHIEDO (per i maggiorenni) o CHIEDIAMO CHE NOSTRO FIGLIO/A (per i minorenni) Diventi/di diventare socio di H.C.B. FOXES ACADEMY ; ci impegniamo/mi impegno, avendone presa visione, ad accettare le norme statutarie ed i regolamenti interni e ad osservare la disciplina sociale. Gentile sportivo, desideriamo informarti che il Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 prevede la protezione dei dati personali, secondo tale Codice summenzionato il trattamento dei Tuo/i dati e dei dati dei minori sarà improntato ai principi di correttezza, liceità pertinenza e trasparenza tutelando la tua riservatezza e i tuoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo predetto, ti forniamo quindi le



## Conferma di Iscrizione

seguenti informazioni: a) I dati comuni (compreso il recapito telefonico e indirizzo mail) verranno trattati in forma scritta e/o su supporto magnetico/elettronico e con l'osservanza di ogni misura cautelativa della sicurezza e riservatezza e saranno conservati non oltre un anno dal momento della perdita della qualifica di socio) b) i dati potranno essere comunicati agli enti a cui H.C.B. FOXES ACADEMY è associata e agli organi della pubblica autorità in ottemperanza di obblighi di legge. c) I dati comuni e/o la fotografia potranno: essere inseriti nel sito della società e comunicati a soggetti terzi come ad esempio gli organi di stampa e televisivi in occasione di particolari eventi sportivi. I dati telefonici e l'indirizzo mail potranno essere comunicati agli altri membri dell'associazione ed in particolare ai compagni di squadra e dirigenti. d) l'indirizzo di posta elettronica fornitoci potrà essere utilizzato per le finalità di H.C.B. FOXES ACADEMY e) Se intendi far parte di H.C.B. FOXES ACADEMY il conferimento dei dati è necessario in riferimento alla lettera b); il conferimento e consenso è invece del tutto facoltativo se riferito alla lettera c) e d). L'eventuale rifiuto di cui alla lettera b) comporta l'impossibilità di far parte di H.C.B. FOXES ACADEMY; il consenso di cui alla lettera c) e d) è invece documentato da apposita dichiarazione prevista a fine pagina. g) Il titolare del trattamento è H.C.B. FOXES ACADEMY , legalmente rappresentata da Ruggero Rossi De Mio. Al titolare del trattamento potrai rivolgerti per far valere i Tuoi diritti come previsto dall'articolo 7 del Decreto Legislativo n.196/03. preso atto dell'informativa fornita dall'associazione in intestazione, ai sensi dell'art 11 del D. Lgs. 196/03 consapevole dei diritti a me riservati indicati nell' art. 7 del D.lgs. 196/03, con la firma apposta alla presente, attesto di aver ricevuto la suddetta informativa nonché di prestare il mio libero consenso, ai sensi degli art. 23 (Consenso), 25 (Comunicazione), 26 (Dati Sensibili) della predetta legge, al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali che mi riguardano secondo quanto riportato nella stessa informativa ed inoltre con l'ulteriore firma apposta alla presente, io stesso dichiaro di prestare il mio libero consenso a quanto indicato alla lettera d) della medesima informativa ed inoltre con l'ulteriore firma apposta alla presente, io stesso dichiaro di prestare il mio libero consenso a quanto indicato alla lettera e) della medesima informativa

Accettato

Se già in possesso di certificato medico in corso di validità inviare copia a:  
In caso di mancanza di certificato medico è necessario accettare le



## Conferma di Iscrizione

condizioni di seguito elencate e fornire una copia del certificato il prima possibile. Dichiaro che mio figlio\la gode di buona salute e non presenta alcuna controindicazione alla pratica di attività sportiva non agonistica. Mi impegno altresì a consegnare al più presto possibile un certificato medico valido che attesti tale idoneità a H.C.B. FOXES ACADEMY. Inoltre scarico da ogni responsabilità civile e penale H.C.B. FOXES ACADEMY nel periodo che intercorrerà la data odierna e la consegna del suddetto certificato. Nel caso in cui si verificassero successive variazioni sulla situazione clinica del partecipante mi impegno a comunicarle in forma scritta e tempestivamente a H.C.B. FOXES ACADEMY.

Accettato

DICHIARAZIONE Compilando questo modulo riservato agli atleti/e di H.C.B. FOXES ACADEMY , si effettua l'iscrizione alle attività sportive organizzate dalla società. Così facendo l'atleta potrà partecipare ai corsi, agli allenamenti ed a partite ufficiali e/o amichevoli. La compilazione di questo form, è considerata a tutti gli effetti quale conferma definitiva della volontà di iscrizione dell'atleta.

Accettato

FIRMA