

A.S.D. ATLETICA 5 CERCHI

Via Mattei – Loc. La Corva - PIACENZA

P.Iva n.: 01535890337 C.Fisc.: 91087890330

Tel. 338.3752926 <mailto:atletica5cerchi@libero.it>

www.atletica5cerchi.it



COGNOME e NOME (dell'atleta) _____

Nato/a a _____ IL _____

Residente a _____ Via _____ N° _____

COD. FISCALE _____ Cittadinanza _____

Recapiti telefonici _____ mail _____

Per detrazione fiscale Mod. 730

Cognome e Nome di chi effettua il pagamento ed il Cod. Fiscale _____

Manleva per il consenso al trattamento di dati personali di minori di 18 anni

Il/La sottoscritto/a, _____ la cui identità è stata accertata attraverso presa di visione del seguente documento di riconoscimento Carta di identità numero _____ con scadenza ____/____/_____, nella propria qualità di esercente la responsabilità genitoriale del minore

_____ **ACCONSENTE [] NON ACCONSENTE []** al trattamento dei dati personali per le finalità descritte nell'informativa, (presente sul nostro sito) consapevole che il rifiuto al trattamento comporterà l'impossibilità di procedere al tesseramento del minore.

DATA _____ **FIRMA** (del genitore o di chi ne esercita la patria potestà) _____



E' OBBLIGATORIO CONSEGNARE IN SEGRETERIA il CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' ALL'ATTIVITA' FISICA in corso di validità:

- VISITA MEDICA AGONISTICA al Centro di Medicina dello Sport; per prenotazioni numero verde **800651941**

La fotocopia del certificato medico o del libretto verde deve essere consegnata alla segreteria in quanto **NÉ IL TESSERAMENTO NÉ L'ASSICURAZIONE RISULTERANNO VALIDI**

FEDERAZIONE ITALIANA DI ATLETICA LEGGERA		RICHIESTA DI TESSERAMENTO	
		ALL JUN PRO SEN categoria (contrassegnare la categoria corrispondente)	
cognome _____ nome _____ sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		ATL. 5 CERCHI PC461 società _____ codice FIDAL _____	
data di nascita (gg/mm/aaaa) _____ luogo _____ cittadinanza (per atleti stranieri) _____			
residenza: via/piazza _____ civico _____ c.a.p. _____ città _____ prov. _____			
codice fiscale _____ professione _____ @ _____			
telefono abitazione _____ cellulare _____ e-mail _____			
l'atleta prende atto che la società rinnova automaticamente il tesseramento nell'ambito del periodo di vincolo.			
<small>In relazione all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 si prende atto che con la sottoscrizione del presente modulo i dati personali riguardanti i tesserati verranno trattati dagli incaricati della Federazione Italiana di Atletica Leggera per il raggiungimento delle finalità connesse all'attività istituzionale FIDAL: finalità di organizzazione e svolgimento di attività sportiva o di attività federale; finalità connesse all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, anche in materia di tutela sanitaria, dai regolamenti sportivi, dalla normativa comunitaria nonché dalle disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge; finalità di promozione dell'attività sportiva connesse all'organizzazione di eventi che coinvolgono la FIDAL.</small>		Il sottoscritto dichiara che l'atleta è in regola con le disposizioni vigenti, in materia di tutela sanitaria delle attività sportive per quanto concerne la certificazione di idoneità prevista per la categoria di appartenenza, conservata agli atti della società (D.M. 18/02/1982).	
<small>Il sottoscritto dichiara di conoscere ed accettare quanto stabilito dallo Statuto federale, dal Regolamento Organico e dalle Disposizioni su Affiliazione, Tesseramento e Trasferimento.</small>		 firma del Legale Rappresentante della società _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Presto il consenso <input type="checkbox"/> Non presto il consenso			
Firma _____ Data _____			