



DOMANDA D'ISCRIZIONE (SUBSCRIPTION)

AL SIG. PRESIDENTE Cav. Roberto Semino.

COGNOME (family name) _____ NOME (name) _____

NATO A (birth place) _____ Prov. (____) IL (date of birth) _____

RESIDENTE IN VIA (address) _____ CAP _____ CITTA' (city) _____

C.F. (fiscal code) _____ PROFESSIONE (job) _____

Cell.(mobile) _____ E-mail _____

CHIEDO DI POTER ESSERE AMMESSO COME SOCIO ORDINARIO DELL'ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA AFFILIATA ASI (Associazioni Sportive Sociali Italiane), Ente di promozione sportiva riconosciuto dal CONI e dal Ministero dell'Interno, dal Ministero delle Politiche Sociali.

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 4 dello Statuto Sociale e consapevole delle conseguenze penali e civili previste per coloro che rendono dichiarazioni mendaci, dichiaro che le notizie fornite sul presente modulo sono esatte e veritiere.

Accetto, inoltre integralmente ed incondizionatamente sia lo Statuto Sociale sia i Regolamenti interni.

Prendo conoscenza della Polizza Assicurativa prevista con il presente tesseramento, i parametri da essa indicati e contestualmente l'accetto, manlevando l'Associazione, gli operatori, i tecnici ed i membri del Consiglio Direttivo da qualsiasi responsabilità civile, compreso il deposito di oggetti personali e/o di valore depositati negli appositi armadietti.

In caso di mancata frequenza non è possibile chiedere rimborso della quota o il recupero della frequenza per qualsiasi motivo.

La Direzione si riserva il diritto di apportare modifiche all'orario di apertura/chiusura della palestra e all'orario dei corsi durante l'anno.

Dichiaro di fornire il certificato medico sportivo **non agonistico**, obbligatorio per Dlg. Balduzzi 24 Aprile 2013.

PRIVACY

REGOLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento Generale sulla protezione dei dati)

"Sono stato esaurientemente informato su quanto predisposto dal GDPR UE 679/2016 e sui miei diritti che ne conseguono e dichiaro di aver firmato contestualmente all'atto d'iscrizione l'informativa al trattamento dei dati personali, esprimendo il consenso o il diniego di tale utilizzo. Inoltre autorizzo la Gold & Blue SSD ARL, ad apportare eventuali modifiche tecniche delle immagini fornite, secondo le esigenze di pubblicazione, confermando per esse il mio pieno consenso alla pubblicazione sui mezzi d'informazione scelti dell'associazione e autorizzo ad utilizzare le fotografie e/o i video realizzati per i solo fini istituzionali. Tale autorizzazione esclude qualsiasi uso a fini di lucro e la cessione a terzi.

Sono a conoscenza della copertura base assicurativa morte /invalidità permanente € 80.000 in caso morte € 80.000 in caso invalidità permanente con franchigia di polizza prevista.

Genova, lì (date) _____

Firma (signature) _____

(se minore firma di chi ha la Patria Potestà)