



Richiesta Tesseramento Assolo

Anno _____

Dati anagrafici

Denominazione Ass. _____

REGIONE _____

Classe	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Variazione dati dal _____
Cognome	_____			Nome _____
Data di nascita	_____	Luogo nascita	_____	Prov. _____ <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Indirizzo	_____			Città _____ Prov _____
Cellulare	_____	CAP:	_____	Codice Fiscale _____

Classe	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Variazione dati dal _____
Cognome	_____			Nome _____
Data di nascita	_____	Luogo nascita	_____	Prov. _____ <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Indirizzo	_____			Città _____ Prov _____
Cellulare	_____	CAP:	_____	Codice Fiscale _____

Classe	<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Variazione dati dal _____
Cognome	_____			Nome _____
Data di nascita	_____	Luogo nascita	_____	Prov. _____ <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Indirizzo	_____			Città _____ Prov _____
Cellulare	_____	CAP:	_____	Codice Fiscale _____

Classe	<input checked="" type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Variazione dati dal _____
Cognome	_____			Nome _____
Data di nascita	_____	Luogo nascita	_____	Prov. _____ <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Indirizzo	_____			Città _____ Prov _____
Cellulare	_____	CAP:	_____	Codice Fiscale _____

Classe	<input type="checkbox"/> E	<input checked="" type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Variazione dati dal _____
Cognome	_____			Nome _____
Data di nascita	_____	Luogo nascita	_____	Prov. _____ <input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Indirizzo	_____			Città _____ Prov _____
Cellulare	_____	CAP:	_____	Codice Fiscale _____

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di aver provveduto a formalizzare la posizione sanitaria degli atleti di cui sopra, come prescritto dalle vigenti norme di legge e di custodire presso la sede sociale la documentazione relativa. In relazione alla polizza infortuni contratta dall'EPS con la compagnia di assicurazione, il sottoscritto legale, rappresentante dell'associazione, anche per conto dei propri iscritti sopra indicati, dichiara di aver preso visione della stessa e di accettarne le clausole nessuna esclusa. Dichiara inoltre, ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art.13 del GDPR (Regolamento UE 2016/679), di consentire, al trattamento dei dati personali nello svolgimento del rapporto associativo. Tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza e trasparenza. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti salvo alle compagnie assicuratrici, all'EPS ed al CONI e potranno essere utilizzati per l'invio di corrispondenze. In ogni momento sarà possibile chiedere la modifica o la cancellazione dei dati.

Il Presidente della Associazione _____