



Richiesta Tesseramento Danze Artistiche

Anno _____

Dati anagrafici

Denominazione Ass. _____

REGIONE _____

Classe	<input type="checkbox"/> Principiante	Intermedio	Avanzato	<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Variazione dati dal _____
Cognome _____	Nome _____				
Data nascita _____	Luogo nascita _____	Prov. _____	<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina	
Indirizzo _____	Città _____		Prov _____		
Cellulare _____	C.A.P. _____	Codice Fiscale _____			
CATEGORIA	4/7 <input type="checkbox"/>	8/11 <input type="checkbox"/>	12/15 <input type="checkbox"/>	Over16 <input type="checkbox"/>	Over21 <input type="checkbox"/>

Classe	Principiante	Intermedio	Avanzato	<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Variazione dati dal _____
Cognome _____	Nome _____				
Data nascita _____	Luogo nascita _____	Prov. _____	<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina	
Indirizzo _____	Città _____		Prov _____		
Cellulare _____	C.A.P. _____	Codice Fiscale _____			
CATEGORIA	4/7 <input type="checkbox"/>	8/11 <input type="checkbox"/>	12/15 <input type="checkbox"/>	Over16 <input type="checkbox"/>	Over21 <input type="checkbox"/>

Classe	Principiante	Intermedio	Avanzato	<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Variazione dati dal _____
Cognome _____	Nome _____				
Data nascita _____	Luogo nascita _____	Prov. _____	<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina	
Indirizzo _____	Città _____		Prov _____		
Cellulare _____	C.A.P. _____	Codice Fiscale _____			
CATEGORIA	4/7 <input type="checkbox"/>	8/11 <input type="checkbox"/>	12/15 <input type="checkbox"/>	Over16 <input type="checkbox"/>	Over21 <input type="checkbox"/>

Classe	Principiante	Intermedio	Avanzato	<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Variazione dati dal _____
Cognome _____	Nome _____				
Data nascita _____	Luogo nascita _____	Prov. _____	<input type="checkbox"/> Maschio	<input type="checkbox"/> Femmina	
Indirizzo _____	Città _____		Prov _____		
Cellulare _____	C.A.P. _____	Codice Fiscale _____			
CATEGORIA	4/7 <input type="checkbox"/>	8/11 <input type="checkbox"/>	12/15 <input type="checkbox"/>	Over16 <input type="checkbox"/>	Over21 <input type="checkbox"/>

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, di consentire, ai sensi della legge 675/96 (riservatezza dei dati personali), 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 _____