

**LA SALLE-FILIPPIN S.S.D.R.L.**

Domanda di iscrizione

- 
- Nuovo tesserato
- 
- 
- Rinnovo tessera

**Domanda di Iscrizione alle attività erogate dalla società LA SALLE-FILIPPIN S.S.D.R.L.****Compilare in stampatello leggibile.****Per il rinnovo della tessera è sufficiente compilare i dati in grassetto, le date e le firme.**

|                 |       |                |       |
|-----------------|-------|----------------|-------|
| Tessera n°      | _____ |                |       |
| <b>Cognome</b>  | _____ | <b>Nome</b>    | _____ |
| <b>Nato/a a</b> | _____ | <b>Nato il</b> | _____ |
| Indirizzo       | _____ | CAP            | _____ |
| Città           | _____ | Provincia      | _____ |
| Telefono 1      | _____ | Telefono 2     | _____ |
| Professione     | _____ | <b>Email</b>   | _____ |
| Codice Fiscale  | _____ |                |       |

**CHIEDO**

con la firma della presente di poter essere ammesso come tesserato allo CSEN (Centro Sportivo Educativo Nazionale), di richiedere la tessera con assicurazione Base [ ] Int. A [ ] Int. B. [ ] e di poter partecipare alle attività erogate dalla società "LA SALLE - FILIPPIN S.S.D.R.L." indicate con le modalità stabilite dalla stessa società. Dichiaro, di aver letto e di rispettare il regolamento della società sportiva dilettantistica, e di accettarlo in ogni suo punto. Dichiaro d'impegnarmi al pagamento della quota per il tesseramento CSEN e delle quote dovute a seconda dell'attività svolta ed alle modalità prescelte.

Ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del C.C., dichiaro di aver letto e di aver ben compreso, nonché di approvare espressamente le condizioni e le pattuizioni previste dal regolamento e dal contratto assicurativo derivante dal tesseramento.

**ATTIVITA' O CORSO PER LA QUALE CHIEDO L' ISCRIZIONE:** \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

DATA RICHIESTA \_\_\_\_\_

**DICHIARO**

di non avere complicazioni, malattie ed impedimenti di tipo medico per l'attività ludico motoria e amatoriale con pesi, attrezzi e attività a corpo libero, come da certificato medico in mio possesso e che mi impegno a consegnare al momento dell'iscrizione. **Di assumersi ogni responsabilità qualora non abbia provveduto a consegnare/rinnovare il certificato medico richiesto**, esonerando la società "LA SALLE-FILIPPIN S.S.D.R.L." e chi agisce in nome e per conto di essa, da qualsiasi danno, incidente, infortunio o furto verificatosi prima, durante o dopo le attività svolte, comprese le eventuali gite, eventi e le altre iniziative che la società organizza nell'ambito della propria attività salvo comportamenti dolosi.

FIRMA \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

**FORMULA del CONSENSO DATI PERSONALI E LIBERATORIA FOTOGRAFICA**

Il sottoscritto, acquisita l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 unitamente a copia dell'art. 7 del decreto medesimo e ai sensi del Regio Decreto n° 633 del 1941 sul diritto all'immagine, esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili, nei limiti, per le finalità e per la durata indicati nella suddetta informativa e AUTORIZZA la società per l'eventuale utilizzo della propria immagine o del proprio figlio minorenni per pubblicazione in internet o sulla carta stampata, esposizioni a mostre o partecipazioni a concorsi e comunque senza che ne venga mai pregiudicata la dignità personale e il decoro.

Acconsento al trattamento dei dati personali.  SI  NOAcconsento liberatoria fotografica (solo per bambini).  SI  NO

FIRMA \_\_\_\_\_

Spazio riservato per il personale