



**A.S.D. ATLETICA ROATA CHIUSANI**

Via Carlo Chiapello, n.1, 12100 CUNEO

C.F. 96025230044 P.Iva. 02416150049

✉ gs@atletica-roatachiusani.org

## MODULO DI ISCRIZIONE E TESSERAMENTO **ASI ANNO 2026/2027**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ anno di nascita \_\_\_\_\_

chiede di essere tesserato ASI per la stagione 2025 2026 (validità tesseramento 365 giorni)

Consegna la seguente documentazione:

- ☐ Certificato medico IN ORIGINALE idoneo alla categoria di appartenenza e in corso di validità (qualora non sia già stato consegnato precedentemente)
- ☐ Ricevuta di bonifico della quota di € 30,00

### **PAGAMENTI TRAMITE BONIFICO BANCARIO:**

**IBAN: IT 86 H 06170 46160 00000 1001982**

**INTESTATO A: Associazione Sportiva Dilettantistica Atletica Roata Chiusani**

**CAUSALE: *Cognome e Nome dell'atleta + tesseramento ASI 2026 2027***

Dichiara di ☐ DARE ☐ NON DARE il consenso per ricevere comunicazioni via email riguardanti le attività dell'ASD all'indirizzo \_\_\_\_\_

Dichiara di ☐ DARE ☐ NON DARE il consenso per ricevere comunicazioni dalla segreteria telefonicamente o via whatsapp al numero \_\_\_\_\_

Luogo e data,

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**ATLETICA ROATA CHIUSANI**

Via Carlo Chiapello, n.1, 12100 CUNEO

C.F. 96025230044 P.Iva. 02416150049

 gs@atletica-roatachiusani.

## Domanda di **TESSERAMENTO 2026 - 2027**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_ ATTIVITA' SVOLTA: \_\_\_\_\_

(tutti i campi sono obbligatori)

Chiede al Consiglio Direttivo di essere ammesso in qualità di **SOCIO** dell'Associazione stessa, affiliata ASI, di conoscerne lo Statuto e i regolamenti e di accettarli integralmente.

Dichiara di conoscere ed impegnarsi ad osservare il primo comma dell'art. 1914 del Codice Civile, riguardante l'assicurazione contro gli infortuni.

Dichiara di essere a conoscenza delle disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive e degli obblighi conseguenti e di praticare per la suddetta associazione un'attività non agonistica ai sensi del D.M. – Sanità 18.2.1982

**AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICAZIONE DI FOTO:** autorizza ☐ / non autorizza ☐  
l'associazione ad utilizzare l'immagine del Socio ad un uso interno ed esterno nelle quali può apparire da solo o con ad altri soggetti, nel corso di iniziative promosse da e per l'Associazione.

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

INFORMATIVA AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE n. 679/2016 e dal D.Lgs 196/2003 adeguato al DLgs 101/2018

Pienamente informato delle finalità e modalità di trattamento e rilevato che lo stesso è rispettoso dell'autorizzazione del n. 2/2007 e n. 3/2007 del Garante per la protezione dei dati personali, esprimo il consenso al trattamento dei miei dati, anche sensibili, per l'inserimento nel libro dei soci/tesserati per l'ente di promozione sportiva cui siamo affiliati ed ogni altro suo uso attinente ai suddetti rapporti di tesseramento sportivo

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(per i minori, chi ne esercita la potestà)