



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

2026 2027

Via Carlo Chiapello, n.1, 12100 CUNEO

C.F. 96025230044 P.Iva. 02416150049

 gs@atletica-roatachiusani.org

**MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO DI AVVIAMENTO ALL'ATLETICA LEGGERA categoria**

**BABY ESORDIENTI Cuneo**

Il/la sottoscritto/a ..... genitore dell'atleta ..... anno di  
nascita ..... chiede che il proprio figlio venga iscritto al **corso di avviamento all'atletica  
leggera categoria Baby Esordienti** nel periodo di .....

Consegna la seguente documentazione:

- ☐ Certificato medico IN ORIGINALE idoneo alla categoria di appartenenza e in corso di  
validità (OBBLIGATORIO DAI 6 ANNI COMPIUTI)
- ☐ Ricevuta di bonifico della quota di ☐ € 120,00 CORSO INTERO
  - ☐ € 50,00 settembre - novembre
  - ☐ € 80,00 marzo - giugno

**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 + Corso Baby Esordienti periodo 2026/2027**

*Si comunica che in seguito alla riforma dello sport e la conseguente gestione societaria, la quota dovrà essere versata in un'unica soluzione e non potrà essere restituita in caso di anticipata sospensione del corso.*

Comunica i dati per l'intestazione della ricevuta, detraibile dal mod. 730:

Cognome e nome del genitore .....

Indirizzo completo: .....

Codice Fiscale: .....

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 di un genitore .....



**A.S.D. 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 **TESSERATO** 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)