



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 2026 2027 (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)