

**DOMANDA DI AMMISSIONE ALLA ASSOCIAZIONE SPORTIVA  
STAGIONE SPORTIVA 2020-21**

**DATI DEL RICHIEDENTE** (ATLETA, DIRIGENTE, TECNICO, ETC...)

Il/La sottoscritto/a ..... C.F.....

Residente a .....Cap..... via/piazza .....

Nato a ..... Prov..... il .....

Cell. .... Nazionalità ..... Sesso.....

**DATI DEL TUTORE DELLA PATRIA POTESTA' SE MINORENNE**

Nome e Cognome ..... C.F.....

Residente a .....Cap..... via/piazza .....

Nato a ..... Prov..... il .....

Tel. .... Mail .....

Cell. .... Nazionalità ..... Sesso.....

**CHIEDE**

di essere ammesso quale socio dell'Associazione Polisportiva Dilettantistica **Insubria Gallarate a.p.d.** per lo svolgimento e il raggiungimento degli scopi istituzionali della stessa, attenendosi allo statuto sociale ed alle deliberazioni degli organi sociali, nonché impegnandosi al versamento della quota associativa annuale valida dal 1° luglio dell'anno di associazione fino al 30 giugno dell'anno successivo, pari ad **Euro 1 (uno)**.

**Dichiara**

di aver preso visione dello statuto e di accettarlo integralmente.

Gallarate, ..... Il richiedente .....

**Privacy**

In ottemperanza al D.Lgs. 196 del 2003 e al GDPR 679/16 (Regolamento Europeo della Privacy e Gestione dei Dati Personali) e successive modifiche,

autorizza al trattamento dei dati personali a fini amministrativi e fiscali

AUTORIZZO  SI  NO

autorizza al trattamento per informazioni su future iniziative, servizi ed offerte anche dei partner dell'associazione.

AUTORIZZO  SI  NO

Gallarate, ..... Firma .....



**MODULO ISCRIZIONE CORSI CAS  
MINIVOLLEY - VOLLEY NON AGONISTICO  
STAGIONE SPORTIVA 2020-21**

**ATLETA**

NOME E COGNOME .....

C.F. .... Cell. ....

**GENITORE DI ATLETA MINORENNE (INTESTATARIO DELLA RICEVUTA PER DETRAZIONE FISCALE)**

NOME E COGNOME ..... C.F.....

Residente a .....Cap..... via/piazza .....

Nato a ..... Prov..... il .....

Tel. .... Mail .....

Cell. .... Nazionalità ..... Sesso.....

**CHIEDE**

l'iscrizione al corso annuale di VOLLEY CAS autorizzando la società al **tesseramento** del/la proprio/a figlio/a;

**Dichiara**

di aver preso visione del **CODICE ETICO** pubblicato sul sito della società, che si impegna a rispettare e a far rispettare al proprio figlio/a.

**Consegna**

**copia del certificato medico di idoneità non agonistica/agonistica in corso di validità.**

Si impegna a versare:

- **ISCRIZIONE (comprensiva di tesseramento ed assicurazione base): €. 35,00**
- **QUOTA DI FREQUENZA (ottobre/giugno) indicare gli allenamenti che si faranno:**
  - **2 allenamenti settimanali €. 160,00 (annuale)**

*L'iscrizione si conferma con il pagamento della prima rata della quota di iscrizione*

**PAGAMENTI**

- **All'iscrizione Euro 100,00 l'importo restante entro il 30 gennaio (95,00 €)**
  - ▶ **IBAN IT18 S050 3450 1500 0000 0004 833 BANCO BPM – Cavaria**

Gallarate ..... Firma .....

**Liberatoria per la pubblicazione di foto e video**

In ottemperanza al D.Lgs. 196 del 2003 e al GDPR 679/16 (Regolamento Europeo della Privacy e Gestione dei Dati Personali) e successive modifiche,

**ACCONSENTO**  **NON ACCONSENTO**

alla ripresa a titolo gratuito di fotografie e filmati miei/di mio figlio effettuati durante l'attività. Tale materiale potrà essere utilizzato e pubblicato, senza alcun altro consenso, in forma cartacea, digitale e/o in rete dalla associazione come documentazione e pubblicità delle iniziative svolte. Vieto altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale, il decoro e la sicurezza.

Gallarate ..... Firma .....

