

TEAM WRESTLING ISERA

P.zza Damiano Chiesa 1 – Isera – TN
Partita iva: 02639170220 - Cod. fisc. : 02639170220
Cod. Univoco: KRRH6B9
Email: wrestlingisera@gmail.com
CELL: 3318394424

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/la sottoscritto/a _____	nato/a a _____
il ____/____/____	residente a _____ prov. _____
In via/piazza _____	n: _____ cell _____
email _____	CF _____

nella qualità di genitore o tutore del/della minore	
(cognome e nome) _____	nato/a a _____
il ____/____/____	residente a _____ prov. _____
cap _____	In via/piazza _____ n° _____ CF _____

CHIEDE

di iscriversi/iscrivere il minore rappresentato alle attività: Lotta greco-romana, Lotta libera e Karate, organizzato dal **TEAM WRESTLING ISERA ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA** in qualità di:



TESSERATO



SOCIO

SI IMPEGNA

- 1.ad osservare il codice di comportamento sportivo emanato da CONI
- 2.ad osservare il regolamento della ASD TEAM WRESTLING SERA
- 3.al puntuale pagamento della quota annuale di tesseramento e della quota di frequenza del corso entro le scadenze concordate.



TEAM WRESTLING ISERA

P.zza Damiano Chiesa 1 – Isera – TN
Partita iva: 02639170220 - Cod. fisc. : 02639170220
Cod. Univoco: KRRH6B9
Email: wrestlingisera@gmail.com
CELL: 3318394424

DICHIARA

- di essere a conoscenza che a norma dello statuto sociale tutti i soci sia maggiorenni che minorenni godono, al momento dell'ammissione, del diritto di partecipazione alle assemblee sociali purchè in regola con il pagamento della quota sociale. Al socio maggiorenne spetta il diritto di voto nelle assemblee sociali e il diritto di ricoprire cariche sociali all'interno della Associazione nel rispetto dei requisiti statutari. La qualifica di socio dà diritto a partecipare alla vita sociale e alle manifestazioni promosse dall'associazione e di utilizzare le strutture sociali.
- di essere a conoscenza che il tesserato può partecipare all'attività sportiva organizzata direttamente dall'organismo di riferimento (FSN-EPS-DSA) ed all'attività didattica organizzata dall'Associazione in quanto autorizzata dall'organismo sportivo di riferimento, ma non esercita i diritti propri del socio quali l'elettorato attivo e passivo all'interno dell'assemblea del TEAM WRESTLING ISERA A.S.D.;
- di essere a conoscenza che il tesserato può in qualsiasi momento chiedere di diventare socio dell'Associazione presentando a domanda di ammissione e versando la quota associativa deliberata dal Consiglio Direttivo, acquisendo in tal modo tutti i diritti attribuiti al socio come indicati nello statuto sociale
- di aver preso visione del regolamento del TEAM WRESTLING ISERA ASD (in allegato alla presente domanda d'iscrizione) e di accettarlo e rispettarlo in ogni punto;
- di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte del TEAM WRESTLING ISERA ASD, ai sensi dell'art.13 D.lgs n.196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;
- di prestare, con la sottoscrizione del presente modulo, il consenso al trattamento dei dati personali per la realizzazione delle finalità istituzionali della Associazione, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie emanate dal CONI nonché dai regolamenti adottati dal TEAM WRESTLING ISERA ASD;

AUTORIZZA

TEAM WRESTLING ISERA ASD al tesseramento, per se stesso o per il minore rappresentato, a l'FSN - EPS - DSA di riferimento

Isera, ____/____/____



(firma del genitore o di chi ne fa le veci)



TEAM WRESTLING ISERA

P.zza Damiano Chiesa 1 – Isera – TN
Partita iva: 02639170220 - Cod. fisc. : 02639170220
Cod. Univoco: KRRH6B9
Email: wrestlingisera@gmail.com
CELL: 3318394424

POLIZZA TESSERAMENTO

Il tesserato o chi ne fa le veci dichiara di aver letto, compreso e accettato in tutte le sue parti le condizioni contrattuali della polizza **base**, relativi alla copertura infortunistica cui dà diritto il tesseramento, e delle condizioni riferibili alla tessera prevista, le cui condizioni sono riportate sul sito

dell'associazione e/o sul portale dell'FSN - EPS - DSA di riferimento. Il tesserato o chi ne fa le veci ha la facoltà, in fase di sottoscrizione del presente modulo o durante l'anno sportivo, di integrare una maggiore copertura infortunistica (le cui condizioni sono riportate sul sito dell'associazione e sul portale dell'FSN - EPS - DSA

Isera, ____/____/____



(firma del genitore o di chi ne fa le veci)

Il tesserato o chi ne fa le veci dichiara di esonerare TEAM WRESTLING ISERA ASD e tutti i suoi responsabili e rappresentanti da ogni e qualsiasi responsabilità sia civile che penale in caso di controversie riguardanti la polizza infortunistica, in merito all'esercizio dell'attività ricreativa, motoria e sportiva, sia essa praticata in una manifestazione ufficiale, gara o esibizione, sia in fase di allenamento/corso, negli impianti sportivi nei quali la stessa TEAM WRESTLING ISERA ASD svolge la propria attività.

Isera, ____/____/____



(firma del genitore o di chi ne fa le veci)

Il tesserato o chi ne fa le veci ACCONSENTE di prestare il consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma di materiale audio/visivo, che ritraggono se stesso o il minore nel o svolgimento delle attività promosse dall'associazione. Si ricorda inoltre che all'interno della palestra di allenamento ci sono installate telecamere a circuito chiuso

Isera, ____/____/____



(firma del genitore o di chi ne fa le veci)



TEAM WRESTLING ISERA

P.zza Damiano Chiesa 1 – Isera – TN
Partita iva: 02639170220 - Cod. fisc. : 02639170220
Cod. Univoco: KRRH6B9
Email: wrestlingisera@gmail.com
CELL: 3318394424

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Letta l'informativa che precede, essendo stato informato:

- dell'identità del titolare del trattamento dei dati
- dell'identità del Responsabile della protezione dei dati,
- della misura e modalità con le quali il trattamento avviene,
- delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali del sottoscritto/del rappresentato dal sottoscritto;
- del diritto alla revoca del consenso;

così come indicato dalle lettere a), b), c), d), e), f), ed h) dell'informativa sottoscritta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679, con la sottoscrizione del presente modulo,

ACCONSENTO

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali inclusi i dati particolari ed i dati sensibili (artt. 8, 9 e 10 GDPR 2016/679) secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata ed

AUTORIZZO

Il produttore e **TEAM WRESTLING ISERA ASD** ad effettuare gratuitamente durante i corsi e nelle manifestazioni sportive e/o dimostrazioni di Lotta, fotografie, filmati, riprese audio e video del/la sottoscritto/a (o del rappresentato), mediante macchina fotografica analogica e strumenti digitali, a modificarli, ridurli e adattarli, nonché a pubblicarli, diffonderli, distribuirli e utilizzarli a scopo didattico, promozionale e pubblicitario, su supporti digitali e non, presenti e futuri, consapevole che i dati verranno raccolti e trattati secondo le modalità ed i limiti di cui all'informativa allegata.

Nessun corrispettivo è dovuto da **TEAM WRESTLING ISERA ASD** per la realizzazione di quanto sopra.

Si ricorda inoltre che all'interno della palestra di allenamento ci sono installate telecamere a circuito chiuso

Letto, confermato e sottoscritto

(Luogo) _____, (Data) _____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

