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, 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 del a quota sociale. Al socio maggiorenne spetta il diritto di voto nelle assemblee sociali e il dritto d' 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 del a 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 de regolamento del TEAM WRESLING 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 de l'art.13 D.lgs n.196/2003 e dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 relativo a la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali;
- di prestare, con la sottoscrizione del presente modulo, il consenso a 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 SERA ASD;

AUTORIZZA

TEAM WRESTLING ISERA ASD al tesseramento, per se stesso o per il minore rappresentato, a I'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 da 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 istallate 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 istallate telecamere a circuito chiuso

Letto, confermato e sottoscritto

(Luogo) _____, (Data) _____

_____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)