



DOMANDA DI ADESIONE ASSOCIATIVA

DATI DEL RICHIEDENTE

Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____
Nata/o a _____ Prov. _____ il _____
Residente a _____ Prov. _____
Indirizzo _____ CAP _____
Tel. _____ E-mail _____

DA COMPILARE SOLO IN CASO DI MINORE

☐ Genitore ☐ Tutore
Cognome _____ Nome _____
Codice Fiscale _____
Nata/o a _____ Prov. _____ il _____

RICHIESTA DI ISCRIZIONE

☐ per se stesso/a ☐ per la/il minore

Ai seguenti servizi/corsi dell'Associazione Sportiva Dilettantistica TEAM GALBIATI:

☐ Disciplina CICLISMO ☐ Disciplina NORDIC WALKING

DICHIARA

di essere a conoscenza ed accettare che a norma del D.L. n.158 del 13.09.2012 (Decreto Balduzzi), per l'iscrizione ai corsi è obbligatorio presentare un certificato medico per attività sportiva AGONISTICA/NON AGONISTICA redatto sul modello del suddetto D.L. Il Certificato medico ha la validità di un anno dalla data di emissione ed il socio è responsabile del suo rinnovo alla scadenza. In caso di scadenza prima della fine del corso l'iscritto o il genitore/tutore per i minorenni, si impegna a fornire nuovo certificato medico a copertura del periodo residuo.

Data _____ Luogo _____ Firma * _____

Tutti coloro che svolgono attività didattico/sportive debbono attenersi alle indicazioni e direttive dei responsabili di predette attività. In caso di impossibilità allo svolgimento del corso, lo stesso sarà rinviato ad altra data. Non è previsto alcun rimborso per mancata partecipazione alle lezioni. La presente domanda comporta l'accettazione integrale dei regolamenti delle Federazioni ed Enti di Promozione Sportiva alle quali l'Associazione aderisce e fornisce il benessere all'utilizzo dei dati personali nel rispetto del vigente Regolamento e normativa sulla tutela della privacy.

Data _____ Luogo _____ Firma * _____

Con la presente domanda il socio acconsente alla pubblicazione su siti web, su pubblicazioni, sulla comunicazione pubblicitaria e informativa che la società riterrà opportuno, per solo fini istituzionali e promozionali, di fotografie, filmati ed immagini atte a rivelare la propria identità.

Data _____ Luogo _____ Firma * _____

* CAMPO OBBLIGATORIO - L'omessa sottoscrizione di tutti i campi obbligatori comporta la non accettazione della domanda stessa