



ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA e di PROMOZIONE SOCIALE
C.A.O. SHIATSU
Via G. Leopardi, 14 - 20062 Cassano d'Adda MI - Cod. Fisc. 97287570150
tel 0363 360461 - e-mail caoshiatsu@gmail.com

SPAZIO RISERVATO ALL'ASSOCIAZIONE

Data ammissione a socio _____
Iscrizione Libro soci n° _____
Compilato da _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE/TESSERAMENTO ALLE ATTIVITA' DELL'ASSOCIAZIONE

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____ (____) il _____,
residente a _____ Prov. _____ CAP _____ Via/Piazza _____ n. _____,
Codice Fiscale _____ telefono _____/_____, cellulare _____,
e-mail _____

per conto proprio / quale esercente la potestà genitoriale sul minore _____, nato/a a _____ (____) il _____, residente a _____ CAP _____ Prov. _____
Via/Piazza _____ n. _____, Codice Fiscale _____,

CHIEDE

di poter iscriversi alla/e attività di _____
il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA

- di aver preso visione del Regolamento dell'Associazione e di accettarlo e rispettarlo in ogni punto;
- d'impegnarsi al pagamento della quota di tesseramento e del corrispettivo secondo le modalità previste.
- di conoscere le condizioni di copertura assicurativa inclusa nella domanda di tesseramento per le attività sportive dilettantistiche. Per le condizioni assicurative si rimanda ai seguenti link: <https://cseamilano.it/wp-content/uploads/2018/11/ESTRATTO-POLIZZA-INFORTUNI-INTEGRATIVA-2019-2020.pdf>. L'Associazione è affiliata ai seguenti Enti/Associazioni : CSEN, APOS, SIAF, a seconda delle attività svolte
- di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 recepita dal Dlgs 101/2018 e in relazione all'informativa fornita. In particolare si presta il consenso al trattamento dei dati personali per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.
- di acconsentire al trattamento di dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili". Nello specifico il trattamento potrebbe riguardare dati inerenti lo stato di salute dei soci/tesserati dovendo questi ultimi, nel caso in cui vorranno svolgere attività sportiva agonistica e non agonistica, consegnare un certificato medico per attività sportiva agonistica/non agonistica. Il trattamento che sarà effettuato su tali dati sensibili, nei limiti indicati dall'Autorizzazione generale del Garante n. 2/2011, ha la sola finalità di consentire all'Associazione il rispetto delle norme prescritte dal Ministero della Sanità per la tutela sanitaria delle attività sportive agonistiche e non agonistiche

Cassano d'Adda li _____

Firma (o di chi esercita la potestà genitoriale)

Si autorizza la fotografia e/o la ripresa del sottoscritto / del minore, effettuate ai soli fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività e/o delle manifestazioni organizzate dall'Associazione.

Sì No

Si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto / del minore, sul sito web e sul periodico dell'Associazione e nelle bacheche affisse nei locali della medesima.

Sì No

Cassano d'Adda li _____

Firma (o di chi esercita la potestà genitoriale)