*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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( )

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 essere stato informato che sul sito del ASD CAO SHIATSU sono disponibili per il download*

*. il Modello Organizzativo di Gestione e Controllo ed il Codice di Condotta*

*. la modulistica predisposta per la segnalazione di abusi, violenze, discriminazioni anche ai sensi del d.Lgs 198/2006*

*. i contatti del Responsabile Safeguarding nominato dalla ASD*

* *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://www.csen.it/assicurazioni/estratti-polizze/377-estratto-polizza-tutela-legale-2024-2025/file.htmlL’Associazione è affiliata ai seguenti Enti/Associazioni : CSEN,*
* *di essere a conoscenza dell’obbligatorietà di presentazione e consegna del certificato medico che ne attesti l’idoneità alla pratica sportiva dilettantistica (salvo nei casi in cui è previsto il certificato medico sportivo sotto sforzo per attività sportive agonistiche) in corso di validità agli addetti dell’associazione. Il consiglio direttivo dell’associazione, in assenza del previsto certificato medico, si avvale della facoltà di deliberare l’impedimento al socio di svolgere qualsiasi attività sportiva. Salvo nei casi in cui non è previsto il suddetto certificato medico come da circolare CONI del 10 Giugno 2016 Prot. N. 0006897/16*

*Firma (o di chi esercita la potestà genitoriale ………………………………………..*

* *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

S*i 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

*Si acconsente l’inserimento del proprio nominativo in gruppi whatsapp di soci e tesserti per comunicazioni relative alle attività associative,, sapendo che il mancato consenso comporta l’impossibilità di ricevere aggiornamenti tempestivi.*

* Sì  No*

Cassano d’Adda li \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Firma (o di chi esercita la potestà genitoriale ……………………………………….*