



SHADOW ARCHERY TEAM

Associazione Sportiva Dilettantistica

Cod. Fisc. 97274890157

Tel. 3381810152

web:

www.shadow-archery.it

e-mail :

shadowarchery04127@gmail.com

shadowarchery@shadow-archery.it

associazioni@shadow-archery.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE

(DA COMPILARE IN OGNI SUA PARTE IN MODO COMPRESIBILE)

Dal : _____ Al : 30 Settembre

Il Sottoscritto/a: Cognome : _____ Nome : _____

Professione : _____

Nato/a: _____ Il: _____ Prov.: _____

Indirizzo: _____ C.A.P.:

--	--	--	--	--

 Città: _____

Tel. Casa: _____ Uff: _____ Cell: _____

e-mail Socio: _____ (se minore, compilare il campo successivo *)

e-mail di chi esercita la potestà genitoriale * : _____

Cod.Fiscale del Socio :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Chiede l'ammissione alla A.S.D. SHADOW ARCHERY TEAM in qualità di : **SOCIO ORDINARIO**

1) Si impegna ad osservare le decisioni che verranno prese dagli Organi che rappresentano l'Associazione, a comportarsi in modo corretto e leale, a rispettare lo Statuto ed il Regolamento di Attuazione dello Statuto, avuti in copia, letti ed accettati all'atto della firma della presente Domanda di Iscrizione.

STATUTO, REGOLAMENTO di ATTUAZIONE e NORMATIVA ANTIDOPING sono scaricabili dal sito web : www.shadow-archery.it

2) Informativa Privacy : Il richiedente autorizza la ASD SHADOW ARCHERY TEAM, ad utilizzare i propri dati personali e le proprie immagini per tutte le attività sportive e societarie, nel pieno rispetto di quanto disposto dalla legge e dalla informativa resa ai sensi degli Art. 13-14 del GDPR 2016/679 in materia di "tutela dei dati personali", letta ed accettata all'atto della firma della presente Domanda di Iscrizione :

AUTORIZZO : _____ (Firma)

3) Si impegna a presentare al Consiglio Direttivo dell'Associazione, il certificato medico, (per idoneità all'attività sportiva agonistica), valido per la stagione sportiva in corso. In mancanza del certificato medico, non può praticare l'attività sportiva del tiro con l'arco né presso le strutture, né per conto della A.S.D. SHADOW ARCHERY TEAM.

(Firma per approvazione ed accettazione dei punti : 1,2 e 3) _____

Milano _____

Firma _____

N.B. L'ammissione all'Associazione è subordinata all'approvazione del Consiglio Direttivo

PER I MINORENNI :

la permanenza del minore nelle strutture gestite dall'Associazione è consentita con la presenza in loco di chi esercita la potestà genitoriale

Con la presente mi assumo la responsabilità civile e penale per danni provocati a persone e cose durante l'attività sportiva del minore:

Cognome _____ Nome _____

Numero e tipo del documento di chi esercita la potestà genitoriale _____

Firma di chi esercita la potestà genitoriale : _____

N.B. L'ammissione all'Associazione è subordinata all'approvazione del Consiglio Direttivo