

SHADOW ARCHERY TEAM

Associazione Sportiva Dilettantistica
Cod. Fisc. 97274890157 – P.IVA : 13481470964
Tel. 3381810152
web:
www.shadow-archery.it
e-mail :
shadowarchery04127@gmail.com shadowarchery@shadow-archery.it associazioni@shadow-archery.it

NOTE :

_____
_____
_____
_____
_____

DOMANDA DI TESSERAMENTO

L'ammissione del tesserato all'Associazione è subordinata all'approvazione del Consiglio Direttivo

Dal :_____Al : 30 Settembre_____

Il Sottoscritto/a: Cognome : _____Nome : _____

Professione : _____

Nato/a:_____Il:_____Prov.:_____

Indirizzo RESIDENZA :_____ C.A.P.: _____, Città_____

Indirizzo DOMICILIO : _____ C.A.P.: _____, Città:_____

Tel. Casa:_____ Uff: _____Cell: _____

e-mail Socio Tesserato :_____(se minore, compilare i campi successivi *)

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

Cod.Fiscale del Tesserato, (anche se minorenne): | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

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 della ASD, avuti in copia, letti ed accettati all'atto della firma della presente Domanda di Tesseramento.**

STATUTO, REGOLAMENTO di ATTUAZIONE e NORMATIVA ANTIDOPING sono scaricabili dal sito web : www.shadow-archery.it
Inoltre, si impegna a rispettare lo Statuto e i regolamenti della FITARCO e del CONI/Sport e Salute, esonerando La ASD Shadow Archery Team da ogni responsabilità oltre i limiti delle coperture assicurative previste dalla tessera Federale.

2) **Informativa Privacy : Il richiedente autorizza la ASD SHADOW ARCHERY TEAM, ad utilizzare i propri dati personali e le proprie immagini, anche registrate attraverso il sistema di videosorveglianza presente in tutta l'area esterna e nei locali interni, per tutte le attività sportive, societarie, ricreative e per ragioni di sicurezza, nel pieno rispetto di quanto disposto dalla legge e dalla informativa del GDPR 2016/679 e successivi aggiornamenti, del Codice della Privacy D.Lgs. 196/2003 e successivi aggiornamenti inclusi gli Art. 13-14 e successivi aggiornamenti 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* _____**

****

PER I MINORENNI TESSERATI :

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_____

Approvo inoltre i precedenti Punti : 1,2 e 3
Numero e tipo del documento di chi esercita la potestà genitoriale _____

Firma di chi esercita la potestà genitoriale : _____