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 ISCRIZIONE

L'ammissione 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:_____**(se minore, compilare il campo successivo *)**

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

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

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, anche registrate attraverso il sistema di videosorveglianza interna, per tutte le attività sportive, societarie, ricreative e per ragioni di sicurezza, 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*** _____

****

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 : _____