

TESSERAMENTO MINIATLETA anno sportivo **19/20**

codice fiscale:

lo sottoscritto(a)

(cognome e nome, in stampatello)

M

F

(sesso)

nato/a a

_____, prov. _____, il _____, cittadinanza _____,
(città - nazione se estera) (gg/mm/aa)

chiedo di essere tesserato

per la società **A.S.DIL ARILICA BASKET** codice FIP

034287

che ha acquisito agli atti il certificato medico di idoneità alla pratica sportiva,
eleggendo domicilio presso la Società, ai fini della attività sportiva

I sottoscritti, firmando il presente documento, dichiarano di conoscere ed accettare lo Statuto ed i Regolamenti FIP.

Firma, leggibile, dell'atleta _____

_____ (firma leggibile del padre)

_____ (firma leggibile della madre)

Ai fini della tutela dei dati personali **dichiaro** di avere preso visione e di accettare l'informativa al trattamento dei dati personali pubblicata nel sito internet www.fip.it, alla pagina <http://www.fip.it/privacy-policy.aspx>. Dichiaro di essere consapevole che il mancato consenso relativamente al punto 2.a dell'informativa comporta l'impossibilità di dare corso al tesseramento stesso.

per il pt. 2.a dell'informativa

presto il consenso

nego il consenso

_____ (firma leggibile dell'atleta)

SOLO per i minori

(firma leggibile del padre)

(firma leggibile della madre)

Quale legale Rappresentante pro tempore della Società, dichiaro di voler tesserare l'atleta, edotto del contenuto dell'informativa al trattamento dei dati personali, e dichiaro altresì che tutti i dati riportati in questo modulo sono veritieri ed uguali in originale e copia e che ogni firma apposta è autentica; dichiaro inoltre che l'atleta ha letto la speciale informativa WADA ed ha sottoscritto la relativa dichiarazione di cui alla normativa antidoping e che la stessa è custodita agli atti della Società.

timbro
della
Società

_____ (firma leggibile del legale Rappresentante della Società)

Il trattamento dei dati personali avverrà conformemente a quanto dichiarato nell'informativa pubblicata sul sito Internet www.fip.it.

Dati Anagrafici:

Indirizzo di Residenza

Città

Tel. per eventuali contatti

Mail

_____@_____

Parte da compilare solo in caso di richiesta per la certificazione del pagamento ai fini fiscali

Cognome e Nome (di chi presenta la dichiarazione dei redditi)

Codice Fiscale (di chi presenta la dichiarazione dei redditi)

Indirizzo Mail (dove inviare la certificazione)

_____@_____

La certificazione verrà inviata nel mese di Gennaio direttamente all'indirizzo mail indicato. La mancanza dei dati sopra richiesti rende impossibile la certificazione

Liberatoria Fotografica

Il/la sottoscritto/a

_____ (nome e cognome leggibile),
in qualità di genitore dell'atleta sopra riportato AUTORIZZA ai sensi di legge, lo scatto di una/più fotografie, a titolo gratuito, affinché esse possa essere pubblicata sul sito, sul magazine informativo e sia inserita all'interno di calendari o dell'album di figurine prodotto editoriale realizzato per conto della società Arilica Basket.

_____ (firma leggibile)