

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO / TESSERAMENTO SPORTIVO

Spett.le

G.S. LE PANCHE CASTELQUARTO A.s.d.

Via Giulio Caccini n. 13

50141 FIRENZE (FI)

C.F. 80100450487

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Via/Piazza\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_ ,

Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , Tipo doc. di identità/n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

recapito telefonico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , 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 essere ammesso all’Associazione “G.S. LE PANCHE CASTELQUARTO A.s.d.” in qualità di (barrare le caselle di interesse):

* Socio
* Tesserato UISP
* Tesserato FIDAL

Inoltre, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

* di aver preso visione dello Statuto e dei Regolamenti societari e di accettarli impegnandosi a rispettarli in ogni loro punto;
* d’impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale e degli eventuali contributi associativi a seconda dell’attività scelta;
* di essere in regola con le norme sanitarie e le certificazioni medico sportive richieste per il tipo di attività svolta
* di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell’art. 13 D.lgs. n. 196/2003 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.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_