RICHIESTA DI TESSERAMENTO

"Dichiaro sotto la mia responsabilità che gli atleti sottoelencati hanno consegnato in società il certificato medico previsto dalla normativa sanitaria vigente. Dichiaro inoltre che tutti gli associati hanno altresì conoscenza dello St nonchéatuto e del Regolamento organico nonché delle norme organizzative la vita dell'Ente, che accettano senza riserve. Dichiaro di essere a conoscenza del tipo di copertura assicurativa garantita dal tesseramento e di avere debitamente informato i tesserati inclusi nel presente elenco. Con la firma garantisco inoltre la veridicità dei dati forniti e in riferimento alla Legge 193/96 sulla tutela dei dati personali, autirizzo all'intero trattamento dei dati dei tesserati sottomenzionati. i Centri affiliati, in conformità con la legge sulla tutela dei dati personali, dovranno custodire i dati al fine di costituire un archivio finalizzato al raggiungimento degli scopi istituionali dell'Ente.

In Fede, Il Presidente dell'Associazione _____

Società:_____ Codice:_____ Anno di Affiliazione/Riaffiliazione:

Cognome	Nome	Luogo di nascita	Data Nascita	Indirizzo	Sesso	Indirizzo E-Mail	Cap	Città	Cod.Fisc.	Qual. Ab. 1-2-3