

A.S.D. Eat The Dust
Via Antonio Vivaldi 31/A
Eraclea, CAP 30020
C.F. 93047440271



MODULO ISCRIZIONE ANNO 2024

TIPO DI TESSERA:

- TESSERA PILOTA:** tessera per poter accedere alla pista dal costo di 18,00 €, con copertura assicurativa integrata, che necessita di certificato medico sportivo agonistico o non (con validità corrente, altrimenti il tesseramento non sarà effettuato).
- TESSERA SIMPATIZZANTE:** tessera con un minimo di copertura assicurativa dal costo di 10,00 €, non necessita di certificato medico sportivo, valido per l'accesso ai box.

TIPO DI DISCIPLINA:

1° Genitore

Io sottoscritto/a:

Nome: _____ Cognome: _____ Sesso: M F
Nato a: _____ Provincia: _____ il: ____/____/____
Residente a _____ in Via: _____ n° ____
CAP.: _____ Comune di: _____ Provincia: _____
Cellulare: _____ E-mail _____
Documento d'identità N° _____ Rilasciato da _____
Il giorno ____/____/____

2° Genitore

Io sottoscritto/a:

Nome: _____ Cognome: _____ Sesso: M F
Nato a: _____ Provincia: _____ il: ____/____/____
Residente a _____ in Via: _____ n° ____
CAP.: _____ Comune di: _____ Provincia: _____
Cellulare: _____ E-mail _____
Documento d'identità N° _____ Rilasciato da _____
Il giorno ____/____/____

Autorizzo all'attività sportiva di

Nome: _____ Cognome: _____ Sesso: M F
Nato a: _____ Provincia: _____ il: ____/____/____
Residente a _____ in Via: _____ n° ____
CAP.: _____ Comune di: _____ Provincia: _____
Cellulare: _____ E-mail _____
Codice Fiscale (**OBBLIGATORIO**) _____
Data scadenza certificato medico se pilota (**DA CONSEGNARE IN ALLEGATO**) _____
Tutti i campi sopraelencati devono essere compilati obbligatoriamente.

DICHIARANO INOLTRE

Di voler iscrivere il minore (i cui dati personali su riportati) all'A.S.D. assumendosi tutte le responsabilità di tutela del minore .

(Tutti i campi devono essere compilati obbligatoriamente).

- A. di aver preso visione dei regolamenti ufficiali e di accettarli, anche in nome e per conto del Figlio, integralmente ed incondizionatamente
- B. di assumersi personalmente l'obbligo di sorveglianza durante il decorso dell'attività sportiva,
oppure
di delegare l'obbligo di sorveglianza del Figlio (2) durante lo svolgimento dell'attività sportiva a tale scopo alla seguente persona maggiorenne di fiducia:

nome e cognome _____

documento di riconoscimento _____

numeri di cellulare per eventuali comunicazioni durante l'attività _____

- C. che il Figlio non ha controindicazioni sanitarie che possano creare situazioni di difficoltà o di pericolo nello svolgimento dell'attività sportiva, e che provvederanno alla consegna del certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica, in mancanza del quale il Figlio non sarà ammesso all'attività sportiva
- D. di esonerare, anche in nome e per conto del Figlio, l'ASD da ogni responsabilità per qualsiasi pregiudizio patito dal Figlio (anche per infortuni, fatto salvo quanto previsto dal rapporto assicurativo) e/o dai sottoscritti, in relazione diretta o indiretta con la partecipazione del Figlio all'attività sportiva. In ogni caso, i sottoscritti si obbligano a tenere ASD manlevata e indenne da ogni pretesa od azione di qualsiasi natura da chiunque avanzate nei confronti di ASD stessa, in relazione diretta o indiretta con la partecipazione del Figlio all'attività sportiva

E.

ALLEGANO

- Fotocopia del documento d'identità di chi esercita la responsabilità genitoriale
- Certificato di idoneità alla pratica sportiva

Firma 1° Genitore

Luogo e data _____

Firma 2° Genitore

Ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, i sottoscritti approvano specificamente le dichiarazioni di cui alle precedenti lettere b) (obbligo di sorveglianza) e d) (esonero da responsabilità e manleva).

Firma 1° Genitore

Luogo e data _____

Firma 2° Genitore

Autorizzazione all'elaborazione di foto o video.

A titolo gratuito, senza limiti di tempo, anche ai sensi degli art. 10 e 320 cod. civ. e degli artt. 96 e 97 legge 22.4.1941, n. 633, Legge sul diritto d'autore, alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma delle proprie immagini sul sito internet del' **A.S.D. EAT THE DUST**, su carta stampata e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione, nonché autorizza la conservazione delle foto e dei video stessi negli archivi informatici della Società/Ente e prende atto che la finalità di tali pubblicazioni sono meramente di carattere informativo ed eventualmente promozionale. La presente liberatoria/autorizzazione potrà essere revocata in ogni tempo con comunicazione scritta da inviare via posta comune o e-mail.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Informativa sulla privacy.

INFORMATIVA resa ai sensi degli articoli 13-14 del GDPR 2016/679 con la presente La informiamo che l' **A.S.D. EAT THE DUST**, da ora semplicemente A.S.D., con sede in Eraclea, (VE) in via A. Vivaldi n. 31/a, codice fiscale 93047440271, e-mail eatthedust.ve@gmail.com in qualità di Titolare e Responsabile, tratterà i Suoi dati personali, identificativi ed anagrafici ai sensi dell'articolo 13 del GDPR. La raccolta ed il trattamento dei Suoi dati personali avranno luogo, dopo il Suo consenso. Il trattamento potrà avvenire anche con l'ausilio di mezzi cartacei, elettronici, informatici o via web per le operazioni indicate dall'art. 4 del Codice e dall'art. 4 n. 2 del GDPR quali: registrazione, organizzazione, consultazione, elaborazione, modificazione, estrazione, utilizzo, comunicazione, cancellazione.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

DATA

____/____/____

FIRMA 1° GENITORE

FIRMA 2° GENITORE

E-Mail eatthedust.ve@gmail.com -- Tel. 351-7952731 - www.etd-ve.it

Facebook ASD Eat The Dust - Instagram @eat_the_dust.ve.