



Tesseramento Praticanti

Italia Federazione Sportiva Nazionale
riconosciuta dal Coni



Denominazione Associazione/Società _____

Codice Federale					

ANNO 2019

La quota associativa comprensiva dell'assicurazione annuale per gli Atleti è di € 10.00

PER GLI ATLETI MINORENNI E' OBBLIGATORIA LA FIRMA DI CHI ESERCITA LA POTESTA' GENITORIALE

Cognome		Nome		Sesso
Luogo di nascita	Data di nascita	Nuovo Tess	Firma del genitore (in caso di minori)	
		Si No		
Indirizzo		CAP	Località	PR
Tel/Cell	E-mail		Firma dell'Atleta	

Cognome		Nome		Sesso
Luogo di nascita	Data di nascita	Nuovo Tess	Firma del genitore (in caso di minori)	
		Si No		
Indirizzo		CAP	Località	PR
Tel/Cell	E-mail		Firma dell'Atleta	

Cognome		Nome		Sesso
Luogo di nascita	Data di nascita	Nuovo Tess	Firma del genitore (in caso di minori)	
		Si No		
Indirizzo		CAP	Località	PR
Tel/Cell	E-mail		Firma dell'Atleta	

Il Presidente dell'Associazione/Società Sportiva suddetta conferma la veridicità di quanto riportato nel presente modello; inoltre, dichiara sotto la propria responsabilità di aver provveduto a formalizzare la posizione sanitaria degli Atleti di cui sopra come prescritto dalla Legge e di custodire presso la Segreteria dell'Associazione/Società Sportiva la relativa documentazione.

CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (EX ART.13 D.LGS. N.196/2003)

In relazione all'informativa pubblicata all'interno delle Norme e Procedure Affiliazione e Tesseramento della FIKJ si prende atto che con la sottoscrizione del presente modulo i dati personali riguardanti i tesserati verranno trattati dagli incaricati della FIKJ per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1a dell'informativa e, salvo negazione del consenso degli interessati da esprimersi formalmente compilando il previsto modello, per le finalità di cui al punto 1b.

Il Presidente dell'Associazione/Società Sportiva

Luogo e data, _____ / ____ / ____

firma _____