

A.S.D. OLL SCARS

Piazza 4 novembre, 17/2 — 30020 Fossalta di Piave (VE)
C.F. 04689610279 — P.I. 04689610279

DOMANDA DI AMMISSIONE IN QUALITÀ DI ASSOCIATO/ TESSERATO

Al Consiglio Direttivo
della A.S.D. OLL SCARS
Piazza 4 novembre, 17/2
30020 Fossalta di Piave (VE)
C.F. 04689610279 P.I. 04689610279

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____
residente a _____ CAP _____ in Via/Piazza _____
n. _____ Codice Fiscale _____ Telefono _____ cellulare _____
email _____

Per conto proprio /quale esercente la potestà genitoriale sul minore _____
nato/a a _____ () il _____ residente a _____
CAP _____ Via/Piazza _____ n° _____ Codice Fiscale _____

CHIEDE

Di poter essere ammesso in qualità di ASSOCIATO / TESSERATO all'A.S.D OLL SCARS
Inoltre, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- ✓ Di aver preso visione dello Statuto Sociale pubblicato sul sito www.ollscars.it e di accettarlo integralmente e di rispettarlo in ogni suo punto;
- ✓ Di impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale e dei contributi associativi;
- ✓ Di aver preso visione dell'informativa sulla Privacy fornita;
- ✓ Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art.13 D.lgs. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016 per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione e nella misura necessaria all'Adempimento degli obblighi fiscali, legali ed assicurativi previsti dalle norme.
- ✓ Di dare il proprio consenso all'uso dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art 13 D.lgs. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016 per la realizzazione di iniziative di profilazione e di comunicazione direttiva (via mail, messaggistica, telefonica, posta ordinaria) per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione.
- ✓ Di essere in possesso di CERTIFICATO MEDICO AGONISTICO/NON AGONISTICO* IN CORSO DI VALIDITÀ SCAD. _____;
- ✓ Di essere a conoscenza che l'iscrizione potrà essere perfezionata solo previa mia sollecitudine a consegnare alla Sezione di riferimento dell'A.S.D. OLL SCARS la seguente documentazione: copia del certificato medico e pagamento quota di iscrizione in base alla tipologia di iscrizione prescelta.

Do il consenso a partecipare al campionato sociale OLL SCARS suddiviso in squadre e a inviare il tempo della prestazione effettuata secondo il calendario.

SI NO

Si autorizza la fotografia e/o la ripresa del sottoscritto / del minore, effettuate ai soli fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività e/o delle manifestazioni organizzate dall'Associazione.

SI NO

Luogo e data _____,

Firma _____