



www.borgovolleyfidenza.it

 borgovolleyteamfidenza

SCUOLA DI PALLAVOLO  
**BORGOLLEY TEAM**



Info: borgovolleyteam@libero.it Tel. 338 3645622  
Via Palme, 12 43036 Fidenza (PR) c.f./p.i. 02542210345

Associazione Sportiva Dilettantistica iscritta al registro del CONI



## MODULO ISCRIZIONE squadre under13/14/16/18 - STAGIONE SPORTIVA 2022/2023 TRE ALLENAMENTI SETTIMANALI

### DATI DELL'ATLETA MINORENNE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Luogo nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Data nascita \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via/p.zza \_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_

n° telefono/cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Data scadenza certificato medico in vigore (allegare copia): \_\_\_\_\_

### DATI DEL GENITORE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via/p.zza \_\_\_\_\_ n° civico \_\_\_\_\_

n° telefono/cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

in qualità di genitore del minore, e d'accordo con l'altro genitore,

### CHIEDO

**DI ISCRIVERE MIO/A FIGLIO/A all'attività sportiva dell'A.S.D. BORGOLLEY TEAM  
STAGIONE SPORTIVA 2022/2023**

#### **QUOTA ANNUALE D'ISCRIZIONE € 450**

La quota d'iscrizione annuale comprende partecipazione campionato fipav di riferimento, l'assicurazione federale per infortunio, oltre alla tuta di rappresentanza, borsa, divisa da gioco e maglia da riscaldamento. Ai sensi della legge 296 del 27/12/2006, verrà rilasciata ricevuta per le detrazioni fiscali previste.

Pagamento in unica rata all'atto dell'iscrizione di 450 euro o in due rate: la prima all'atto dell'iscrizione di 250 euro la seconda entro fine gennaio 2023 di 200 euro.

Pagamento: contanti all'atto dell'iscrizione,

tramite bonifico bancario presso Banca Popolare dell'Emilia Romagna,

Codice IBAN IT65Y0538765730000002326675

**Specificando nella causale Nome Cognome dell'atleta**

**mi rendo disponibile a collaborare** in qualità di [  ]DIRIGENTE [  ]SEGNAPUNTI [  ]ARBITRO

**ACCONSENTO** al trattamento dei dati personali per:

1) la finalità di invio di materiale informativo (newsletter ed eventi)  Sì  No

2) invio di informazioni a carattere commerciale/promozionale inerente le attività dell'asd borgovolley  Sì  No

**AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI PERSONALI**

L'atleta o i genitori o chi ne esercita la patria potestà con la sottoscrizione del tesseramento acconsentiranno al trattamento dei propri dati per i motivi di seguito riportati. La non accettazione del trattamento dati renderà impossibile il tesseramento e la partecipazione ad ogni attività dell'A.S.D. BORGOVOLLEY. • Alla comunicazione dei dati personali per il tesseramento presso le rispettive Federazioni o enti di promozione sportiva e ad enti istituzionali (Regione, Comune) per finalità direttamente connesse con l'attività svolta; • Alla comunicazione dei dati personali alla compagnia di assicurazione con la quale vengono stipulati contratti assicurativi per la copertura di rischi derivanti infortuni o responsabilità civile; alla comunicazione alla stessa assicurazione, a Federazione o Enti, se previsti dalla legge, di dati che potrebbero comprendere dati sensibili per aprire pratiche relative ad eventuali sinistri; • All'utilizzo dell'immagine e/o voce in foto, riprese filmate e incisioni audio in occasione di momenti pubblici, al fine di documentare l'attività dell'A.S.D. VIVIL; in immagini individuali e di gruppo per il sito internet ([www.borgovolleyfidenza.it](http://www.borgovolleyfidenza.it)), social network vari e ogni tipo di comunicazione si ritenga opportuno fare; in foto ricordo, individuali e/o di gruppo ai sensi della legge 675/96.

È possibile verificare o modificare i propri dati scrivendo a [borgovolleyteam@libero.it](mailto:borgovolleyteam@libero.it)

**DICHIARO**

di aver letto e di accettare in ogni sua parte il **REGOLAMENTO**, lo **STATUTO** e la **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEL TESSERATO FIPAV**, consultabili sul sito [www.borgovolleyfidenza.it](http://www.borgovolleyfidenza.it), di impegnarmi a versare la quota di iscrizione entro i termini stabiliti e ad allegare copia del certificato medico **agonistico** in corso di validità. L'atleta senza il certificato medico non potrà partecipare attivamente all'attività.

**chiedo di intestare la ricevuta di pagamento a:** Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

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