



www.borgovolleyfidenza.it

 borgovolleyteamfidenza

SCUOLA DI PALLAVOLO
BORGOVOLLEY 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 squadra under12 - 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 _____

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. BORGOVOLLEY TEAM STAGIONE SPORTIVA 2022/2023

QUOTA ANNUALE D'ISCRIZIONE € 450

La quota d'iscrizione annuale comprende partecipazione campionato under12, 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), 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

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 , di impegnarmi a versare la quota di iscrizione entro i termini stabiliti e ad allegare copia del certificato medico non agonistico o fotocopia libretto verde in tutte le sue parti in corso di validità. L'atleta senza il certificato medico non potrà partecipare attivamente all'attività.

Nel caso il minore venisse schierato in campionato under13 fipav mi impegno a presentare certificato medico agonistico.

chiedo di intestare la ricevuta di pagamento a: Cognome e Nome _____
Codice Fiscale _____

Luogo e data _____ Firma _____