



## MODULO ISCRIZIONE CORSI MINIVOLLEYS3 ( 5-7 anni) STAGIONE SPORTIVA 2023/2024 DUE ALLENAMENTI SETTIMANALI

### Corso di psicomotricità con avviamento al minivolley

#### 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. BORGOLLEY TEAM STAGIONE SPORTIVA 2023/2024**

#### **QUOTA ANNUALE D'ISCRIZIONE € 390**

**comprensivi di assicurazione e partecipazione a tutte le manifestazioni**

**programmate (tornei e circuito minivolley), per i nuovi iscritti, t-shirt e felpa borgovolley.**

**Pagamento in unica rata all'atto dell'iscrizione di 390 euro o in due rate: la prima all'atto dell'iscrizione di 200 euro la seconda entro fine gennaio 2024 di 190 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. BORGOVOLLEY TEAM ; in immagini individuali e di gruppo per il sito internet ([www.borgovolleyfidenza.it](http://www.borgovolleyfidenza.it)), social network var, gruppi whatsapp e ogni tipo di comunicazione si ritenga opportuno fare; in foto ricordo, individuali e/o di gruppo ai sensi della legge 675/96; ne vieta altresì l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale ed il decoro. La posa e l'utilizzo delle immagini sono da considerarsi effettuate in forma gratuita.

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 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.

**chiedo di intestare la ricevuta di pagamento a:**

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

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

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

Firma \_\_\_\_\_



Gelateria Artigianale  
Pasticceria Fresca  
Cioccolateria  
Caffetteria  
Dolci da asporto e da viaggio  
La Torre per Battenti, Concessionari, Confezionati  
e Matrimoniali



HABILIS  
AMBULATORIO FISIOTERAPIA ORTOPEDIA



GUSTINCANTO



Gandolfi Paolo  
Rivenditore Lubrificanti  
TOTAL elf  
Tel. 348.7357477



GIESSE  
RISARCIMENTO DANNI



