

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ (____) il _____
residente a _____ Prov. ____ Via/Piazza _____ n. ____ CAP _____,
Codice Fiscale _____, Carta d'Identità n. _____,
telefono ____/_____, cellulare ____/_____, e-mail _____,

quale esercente la potestà genitoriale sul minore

_____, nato/a a _____ (____) il _____, residente a
_____ Prov. ____ Via/Piazza _____ n. ____ CAP _____, Codice
Fiscale _____,

RICHIEDE

L'iscrizione per il proprio figlio al corso di pallavolo organizzato dall'ASD POLAS.

Inoltre, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- d'impegnarsi al pagamento della quota associativa annuale e dei contributi associativi nei tempi previsti per l'attività scelta;
- di autorizzare il tesseramento con la Federazione Sportiva Nazionale / la Disciplina Sportiva Associata / l'Ente di Promozione Sportiva a cui l'ASD POLAS può essere Affiliata, a titolo esemplificativo e non esaustivo: CSI (Centro Sportivo Italiano), e/o FIPAV (Federazione Italiana Pallavolo), e/o etc.;
- di acconsentire al trattamento dei propri dati personali, in riferimento all'informativa sulla privacy resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679.

Luogo e data _____

Firma _____

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.

Sì No

Si acconsente al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rivelare l'identità del sottoscritto / del minore, sul sito web e sul periodico dell'Associazione e nelle bacheche affisse nei locali della medesima.

Sì No

Luogo e data _____

Firma _____