

**associazione sangue latino**

C.F.91584750151 - p.iva 08922640969  
 via roma 74 - 20060 - Cassina de' pecchi (MI)  
 TEL. CELL. +393402428616  
 email: paolaeliza@yahoo.it

CORSO 1  
 CORSO 2  
 CORSO 3

**MODULO DI ADESIONE IN QUALITA' DI TESSERATO**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 e residente in \_\_\_\_\_  
 Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Email. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- L'iscrizione/il Rinnovo in qualità di TESSERATO all'associazione sportiva in intestazione.
- Di essere ammesso/a a partecipare ai Corsi e/o Lezioni individuali, consapevole che la loro frequenza è subordinata al regolare versamento dei rispettivi contributi specifici deliberati dal Consiglio Direttivo dell'associazione.
- Sono stato debitamente informato circa la necessità di produrre certificazione medica attestante la mia idoneità all'esercizio dell'attività sportiva non agonistica come previsto dal D.M. 28/2/1983 che impone il controllo sanitario per la pratica sportiva NON agonistica a coloro che svolgono attività organizzate dal C.O.N.I., da società o a.s.d. affiliate alle Federazioni sportive nazionali o agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal C.O.N.I.
- Chiedo di essere ammesso a frequentare il centro sin dalla data del presente atto, in attesa della produzione della suddetta certificazione.

**DICHIARA**

- Di aver preso visione dello statuto sociale dell'ente e di condividere contenuti e finalità senza riserva alcuna;
- Di essere esente da malattie o disfunzioni incompatibili ovvero controindicate con la pratica ludico-sportiva ed allo scopo produce certificato medico non agonistico o agonistico a seconda dell'età dell'Atleta
- Di essere stato informato che l'Associazione di cui sopra applica nello svolgimento dell'attività didattica-sportiva tutte le misure prescritte dai richiamati protocolli, e che la stessa ha altresì posto in essere tutti i presidi e le misure di contenimento ivi richiesti per il contrasto alla diffusione del Covid-19
- Dichiaro di sollevare il gestore da ogni qualsiasi responsabilità nei confronti miei e dei miei aventi causa, per danni alla persona e/o patrimonio che io possa subire frequentando il Centro a causa delle mie condizioni di salute;
- Prendo atto e riconosco che la presente liberatoria concerne qualsiasi attività (sportiva & non) da me svolta presso il centro ivi incluse le attività che possono presentare accentuata pericolosità.
- Tutto ciò premesso, io sottoscritto, debitamente informato, nel pieno possesso delle mie facoltà e sotto la mia piena ed esclusiva responsabilità.

**SI OBBLIGA**

- Ad osservare il codice di comportamento sportivo emanato dal CONI
- Ad osservare il regolamento dell'Associazione sportiva dilettantistica di cui sopra
- Al puntuale pagamento della quota annuale di tesseramento e della quota di frequenza del corso scelto, entro le scadenze concordate
- Informare tempestivamente qualora lui/lei o il/la proprio/a figlio/a, dovesse contrarre la malattia Covid-19 ovvero entrare in contatto con persone a rischio
- In proprio e/o per conto del proprio figlio/a a rispettare i protocolli sanitari della FSN, FIDS e dell'EPS di affiliazione ed a coadiuvare l'Associazione di cui sopra, al loro puntuale e preciso rispetto, per la tutela della salute di tutti gli atleti frequentanti i corsi e degli insegnanti
- A manlevare da qualsiasi responsabilità e di tenere indenne l'ASD di cui sopra anche nei confronti di terzi, da qualsiasi richiesta risarcitoria passata, presente e futura per danni patiti o patienti, anche per causa o effetto di contagio da Covid -19 o altri agenti virali/patogeni che dovessero occorrere a lui e/o al proprio figlio/a

*Ai sensi e per effetto dell'art 1469 bis cod.civ. , la presente liberatoria non si estende ad atti e/o omissioni del presidente dell'associazione e dei suoi collaboratori.*

**PER IL MINORE DI ANNI 18**

il sottoscritto, genitore (ovvero tutore) del minore suindicato richiede l'iscrizione all'associazione e ai corsi/lezioni individuali dello stesso, assumendo personalmente le responsabilità di cui sopra.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
 e residente in \_\_\_\_\_  
 Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_  
 Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ Email. \_\_\_\_\_  
 Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente (per minori firma del Genitore/Tutore) \_\_\_\_\_

**Ai sensi dell'art.6 del regolamento UE 2016/679, dichiaro:**

- Di aver preso visione dell'informativa di cui all'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e 13 regolamento UE 2016/679 e di autorizzare il titolare ad acquisire, trattare e archiviare, anche a mezzo di strumenti elettronici, i miei dati personali, sia quelli "comuni" che quelli "sensibili", per le finalità organizzative interne e la gestione della mia iscrizione e frequenza della struttura. Sono consapevole che il consenso al trattamento è obbligatorio e che l'eventuale rifiuto comporterà l'impossibilità di frequentare la struttura

Firma del richiedente (per minori firma del Genitore/Tutore) \_\_\_\_\_

- Di consentire al trattamento dei dati e del loro impiego anche per lo svolgimento di campagne pubblicitarie e promozionali da parte del Titolare.

Firma del richiedente (per minori firma del Genitore/Tutore) \_\_\_\_\_

- Di autorizzare l'acquisizione di proprie immagini durante lo svolgimento dell'attività didattica o in occasione di esibizioni, feste e altri eventi organizzati dall'associazione, nonché il loro impiego a scopo informativo e pubblicitario, nell'ambito di volantini, riviste periodiche, sito internet e profili social network dell'associazione, ai sensi dell'art.7 del GDPR "Regolamento UE679/2016 sulla protezione dei dati"

Firma del richiedente (per minori firma del Genitore/Tutore) \_\_\_\_\_

Luogo e data,.....

**Sangre Latino**  
 100% cuban style