

MAGGIORRENNE

Cognome:		Nome:	
Data di nascita:	Residente in via:		N:
Città:		Cap:	Prov:
Cel:	Tel:	Mail:	
Città di Nascita :		Codice Fiscale:	

Nella qualità di genitore del/della minore

MINORRENNE

(Nome e Cognome) ..... Nato/a a ..... Il ..... Residente a ..... Prov ..... Cap ..... In via/piazza ..... N° ..... Tel ..... E-mail ..... CF .....
--

### CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A O DI AMMETTERE IL/LA FIGLIO/A MINORE

Come socio dell'Associazione, condividendone le finalità istituzionali. Dichiaro di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento dell'Associazione e di accettarne il contenuto.

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

.....

FIRMA

(per i minori firma del genitore o di chi ne fa le veci)

Come socio dell'UISP, Ente di promozione sportiva riconosciuto dal CONI, cui l'associazione è affiliata, condividendone le finalità istituzionali. Dichiaro di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento dell'UISP e di accettarne il contenuto.

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

.....

FIRMA

<b>ISCRIZIONE</b>	Tessera: <input type="checkbox"/> Giovani <input type="checkbox"/> Adulti <input type="checkbox"/> Over 65 <input type="checkbox"/> Integ. <input type="checkbox"/> TGS <input type="checkbox"/>				
CORSO SCELTO	Durata Mesi	Quota Mese	TOTALE	Fraz.	NOTE
<b>TOTALE FINALE</b>					
Socio <input type="checkbox"/> Nuovo Socio <input type="checkbox"/> Rinnovo Tess <input type="checkbox"/> Ex Socio <input type="checkbox"/>		Acconto:		Frazionamento:	
<b>PAGAMENTO</b>	<input type="checkbox"/> Contanti	<input type="checkbox"/> Bancomat	<input type="checkbox"/> Carta di credito	<input type="checkbox"/> Assegno	<input type="checkbox"/> Bonifico
Data:	Valido fino al:		Ho parlato con:		
Firma del richiedente:			Firma operatore:		

# INFORMAZIONI PRIVACY

La seguente informativa, resa ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE/2016/679 e ai sensi dell'art.13 del DLgs 30/06/2003 n. 196, è finalizzata all'acquisizione del consenso informato al trattamento dati.

1. Il Titolare del trattamento dei dati da lei forniti è l'associazione dilettantistica **KYOTO CENTER ASD** nella persona del legale rappresentate **MORDACCI VINCENZO**, contattabile all'indirizzo mail **v.mordacci@equipesportiva.it**
2. I dati personali forniti verranno trattati - in virtù del consenso da lei accordato - per la gestione del rapporto associativo, anagrafica e compilazione libro soci, per il tesseramento UISP e per l'organizzazione delle attività associative.
3. Il trattamento potrà riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati particolari o "sensibili", vale a dire *"i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e i dati biometrici per le anamnesi"*.
4. Il conferimento dei dati è obbligatorio per il raggiungimento delle finalità dello statuto dell'Associazione ed è quindi indispensabile per l'accoglimento della sua domanda di ammissione a socio e per il tesseramento alla UISP e/o Federazione CONI : l'eventuale rifiuto a fornirli comporta l'impossibilità di accogliere la domanda di iscrizione e/o tesseramento, non essendo in tale ipotesi possibile instaurare l'indicato rapporto associativo e/o di tesseramento presso gli enti cui l'Associazione è affiliata.
5. I dati conferiti potranno essere comunicati alla UISP, al CONI, all'Istituto assicurativo, alle Pubbliche Amministrazioni nell'esercizio delle funzioni di legge ovvero nella rendicontazione di servizi convenzionati o finanziati. L'anagrafica degli atleti che partecipano a manifestazioni sportive competitive/agonistiche, potrà anche essere diffusa attraverso gli organi di stampa e gli strumenti di comunicazione dell'associazione sportiva dilettantistica nonché dell'Ente o degli Enti affilianti.
6. I dati anagrafici saranno conservati per dieci anni ai sensi del codice civile. La conservazione si rende necessaria per poter dimostrare la corretta gestione del rapporto associativo nel rispetto dell'ordinamento sportivo e della normativa fiscale.
7. Il trattamento potrà avvenire su supporto cartaceo ed informatico, nel rispetto delle misure di sicurezza adottate dall'associazione sportiva dilettantistica.
8. In ogni momento Lei potrà esercitare i diritti di cui all'artt. 15 – 20 del GDPR quali, a titolo esemplificativo, il diritto di accesso ai propri dati personali per aggiornarli/rettificarli o chiederne la cancellazione, il diritto di limitarne il trattamento revocando il consenso con riferimento a specifiche finalità perseguite o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati. Tali diritti possono essere esercitati attraverso specifica istanza da indirizzare tramite raccomandata - anche a mano o PEC - al Titolare del trattamento. Lei ha inoltre il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.
9. L'associazione sportiva dilettantistica non attiva alcun processo decisionale automatizzato, né alcuna attività di profilazione.
10. Con la presente esprimo il mio consenso alla pubblicazione in qualsiasi forma di immagini che mi ritraggono nello svolgimento delle attività associative e come foto riconoscimento nel programma Manager, purché la pubblicazione non avvenga per perseguire finalità economiche.

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a ....., letta l'informativa che precede, acconsento al trattamento dei miei dati personali nelle modalità e per le finalità indicate.

Luogo data .....

FIRMA  
(per i minori firma del genitore o di chi ne fa le veci)

## CERTIFICATO MEDICO

**È obbligatorio presentare un certificato medico di sana e robusta costituzione redatto dal proprio medico curante per chi non pratica attività agonistica.**

**Tutti i praticanti di discipline agonistiche invece, sono tenuti a presentare il certificato medico sportivo agonistico. Il consiglio direttivo in data 10/06/2019 ha deliberato l'obbligo di presentazione del suddetto certificato medico entro e non oltre 15 giorni dalla data d'iscrizione.**

**La mancata presentazione del documento esonera il socio e atleta dalle attività del nostro sodalizio.**

Io sottoscritto/a ....., dichiaro di aver letto l'informativa sulla presentazione del certificato medico.

Luogo data .....

FIRMA  
(per i minori firma del genitore o di chi ne fa le veci)