



CENTRO UNIVERSITARIO SPORTIVO - L'AQUILA

Associazione Sportiva Dilettantistica - Aderisce al C.U.S.I. Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal C.O.N.I.
Personalità giuridica riconosciuta con Decreto Regionale n. 175 del 15/10/2003 - Cod. Fisc. P. IVA 00197880669
Sede legale ed Impianti Sportivi: S.S. 17 - località Centi Colella - 67100 - L'Aquila

DOMANDA DI TESSERAMENTO

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

luogo nascita _____

gg.mm.aa. di nascita _____

via/piazza domicilio _____

n. civico domicilio _____

CAP _____

luogo domicilio _____

Prov. _____

telefono cellulare _____

indirizzo posta elettronica _____

se Universitario: Facoltà UNIVAQ (anche Erasmus c/o UNIVAQ) _____

num. matricola Universitaria _____

copia libretto o attestato pagamento tasse anno accademico in corso _____

Staff: Dirigente sportivo/Collaboratore sportivo _____

CHIEDE di essere tesserato al CUS L'Aquila e all'uopo **DICHIARA**

- di aver preso atto delle disposizioni statutarie e regolamentari nonché delle polizze assicurative messe a disposizione, accettandole senza riserve.
- di conoscere e di impegnarsi ad osservare il primo comma dell'art. 1914 del Codice Civile, riguardante l'assicurazione contro gli infortuni e cioè: "l'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno".
- di essere a conoscenza delle disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive, degli obblighi conseguenti al tipo di attività e all'uopo allega idoneo certificato.

gg.mm.aa. di scadenza **certificato medico attività agonistica** _____

gg.mm.aa. di scadenza **certificato medico attività non agonistica** _____

Attività Sportiva (indicare quale) _____

Settore interno CUS (indicare quale)

- di essere consapevole che il certificato medico ha validità annuale (dalla data del rilascio riportata da parte del Medico Specialista e/o Struttura Sanitaria preposta) e pertanto in caso di scadenza anticipata rispetto al periodo della presente richiesta di tesseramento si impegna a rinnovarla in tempo utile e consegnarla al C.U.S. per poter proseguire l'attività sportiva.

In fede

gg.mm.aa. _____

IL RICHIEDENTE

DICHIARAZIONE (se minore obbligatoria) DEI GENITORI O DI CHI NE FA LE VECI

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____

Nome _____

Codice Fiscale _____

in qualità di genitore **DICHIARA** di accettare, in base a quanto previsto dal Codice Civile sull'esercizio della patria potestà, il tesseramento al C.U.S. del proprio figlio/a nonché di conoscere e concorrere a far rispettare le disposizioni statutarie e regolamentari del CUS.

DICHIARA di essere a conoscenza delle disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive e degli obblighi conseguenti.

gg.mm.aa. _____

firma

Informativa sulla Privacy ai sensi art. 13 D.Lgs. 196/233

Il D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 (CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DATI PERSONALI) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti.

Ai sensi dell'art. 13 del citato decreto legislativo, pertanto, le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da lei forniti verranno trattati solamente per la gestione dell'attività istituzionale della ASD con particolare riferimento all'attività sportiva, formativa e ricreativa proposta agli Associati.

