



ASD CASTELLI ROMANI BASKET

Codice F.I.P. 078289

Modulo Iscrizione Stagione 2015-2016

DATI ATLETA

| | | | |
|--|-----------------|--|--------|
| COGNOME: | NOME: | | |
| DATA DI NASCITA | COMUNE | PROV.: | |
| NAZIONALITA': | COD. FISCALE: | | |
| RESIDENZA: | Via: | CAP: | PROV.: |
| TEL. CASA: | TEL. CELLULARE: | | |
| EMAIL: | | | |
| Visita Medica: per tutti gli atleti inseriti nell'attività agonistica, a partire quindi dai 2004, è necessario un certificato di idoneità sportiva. | | Assicurazione: al rinnovo del tesseramento l'atleta viene assicurato con la Compagnia Assicurativa ufficiale della F.I.P. | |

La quota annuale: il costo dell'intero corso è di 350 euro. Nella quota è compresa l'iscrizione, l'assicurazione e il Kit sportivo. **Eventuali sconti:** per il 2° iscritto nello stesso nucleo familiare è previsto uno sconto di 50 euro.

Modalità di pagamento: all'iscrizione 200 euro – II° rata 150 euro entro il 31/01/2016

DATI GENITORE O TUTORE LEGALE DELL'ATLETA MINORENNE

| | | |
|---------------|-----------------|--|
| COGNOME: | NOME: | |
| COD. FISCALE: | TEL. CELLULARE: | |
| TEL. CASA: | EMAIL: | |

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (art. 10-11 Legge 675/96 e succ.; art. 13 D. Lgs 196/2003)

Il sottoscritto, debitamente informato, autorizza l' ASD Castelli Romani Basket al trattamento dei dati personali ivi comprese le foto/video dell'iscritto durante l'attività sportiva stagionale e le eventuali foto dell'atleta sul sito web e/o pubblicazioni. In qualsiasi momento potranno essere richieste informazioni in merito a tali dati. Se ne potrà richiedere la modifica o la cancellazione scrivendo alla società.

Autorizzo _____ Non Autorizzo _____

| | |
|-------------------|---|
| FIRMA DELL'ATLETA | PER I MINORI, FIRMA DEL GENITORE O TUTORE |
| | |