



RICHIESTA DI TESSERAMENTO

Da restituire ad un responsabile Giro Volley oppure inviare a girovolleyroma@gmail.com o wa al 3356898577

DATI ATLETA

COGNOME _____

NOME _____

CORSO RICHIESTO

SETTORE MINI VOLLEY S3 4-10 ANNI (Specificare quale corso _____)

SETTORE PRE-AGONISMO 11-18 ANNI (Specificare quale corso _____)

SETTORE AGONISTICO (Solo se già inserito in agonismo la scorsa stagione o su indicazione dello staff)

SETTORE AMATORIALE ADULTI (Specificare quale corso _____)

SETTORE HEALT & FITNESS ADULTI (Specificare quale corso _____)

ALTRI CORSI (Specificare quale corso _____)

DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____

CITTA' DI RESIDENZA _____

CAP _____

INDIRIZZO E N.CIVICO _____

CODICE FISCALE _____

ISTUTUTO SCOLASTICO FREQUENTATO (se minore) _____

CONTATTI (Per comunicazioni ufficiali della Società)

MAIL (IN MAIUSCOLO E LEGGIBILE) _____

CELLULARE GENITORE (OBBLIGATORIO SE L'ATLETA E' UN MINORE) _____

CELLULARE ATLETA (SOLO SE MAGGIORENNE) _____

SI DICHIARA

Di avere preso visione ed accettare integralmente quanto riportato nelle pagine successive.

Roma, _____

Firma dell'atleta o, in caso di minori, del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale

ASD GIRO VOLLEY:

SI DICHIARA

- *di avere preso visione dello **Statuto Sociale** e di accettarlo integralmente
- *di accettare i termini del Regolamento Interno (**Vademecum**) in qualità di atleta e/o genitore pena l'interruzione dell'attività. (Documento visionabile sul sito www.girovolleyroma.it)
- *di essere a conoscenza che la ASD Giro Volley non è responsabile per **eventuali furti** che dovessero avvenire all'interno degli spogliatoi
- *di essere a conoscenza che non è previsto **alcun rimborso** in caso di **sospensione provvisoria, per brevi periodi**, delle attività, per cause igienico-sanitarie o su richiesta delle Autorità Pubbliche
- *di autorizzare il **tesseramento** FIPAV e/o UISP
- *che l'atleta è esente da malattie controindicate alla pratica sportiva non agonistica e/o agonistica e allo scopo produce **certificazione medica in corso di validità**
- * di avere preso visione dell'informativa resa ai sensi dell'**art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679**
- *di acconsentire, in riferimento alla citata informativa, al **trattamento dei dati personali** per le finalità indicate al punto 2.2, lettera a) e lettera b) nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari
- *di autorizzare la **pubblicazione, per i soli fini istituzionali**, di immagini che ritraggono l'atleta nello svolgimento delle attività associative, purché la pubblicazione non avvenga per perseguire finalità di natura economica.
- *di acconsentire all'**invio di informazioni** da parte di aziende terze, partner dell'Associazione, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dai contratti

SI DICHIARA INOLTRE

- * **che, nel caso di atleti minorenni, AMBEDUE I GENITORI ACCONSENTONO** alla richiesta di tesseramento. Il genitore che firma o invia telematicamente il presente modulo si assume la **COMPLETA RESPONSABILITÀ** di tale consenso.
- * **che, nel caso di atleti minorenni, la ASD Giro Volley non è responsabile, al momento dell'USCITA dopo il TERMINE DELLE LEZIONI, del controllo della presenza o meno di qualcuno che attenda l'atleta all'esterno. E' possibile, in casi eccezionali, contattare il 3356898577 per comunicare un eventuale ritardo e chiedere che l'atleta resti in palestra ad attendere.**
- *di essere a conoscenza che la copertura assicurativa è garantita dalle 24.00 del secondo giorno successivo alla consegna del CERTIFICATO MEDICO e che l'atleta, fino a tale scadenza o comunque non in regola con tale adempimento, **NON PUO' PARTECIPARE ALLE ATTIVITA'**. In caso contrario l'atleta, o i genitori in caso di minorenni, si assume tutte le responsabilità per eventuali infortuni all'atleta o danni causati dallo stesso a cose o a terzi.
- *di avere controllato condizioni e termini dei **PAGAMENTI** previsti per i corsi e di impegnarsi a rispettare scrupolosamente le **SCADENZE** ivi riportate