



A.S.D.

**POLISPORTIVA GIGLIOTTI  
TEAM NUORO**Modello di  
TESSERAMENTO  
ATLETAVia Mandrolisai 5 - 08100 NUORO tel. 348/7696162  
e-mail: [POLISPORTIVAGIGLIOTTI@HOTMAIL.COM](mailto:POLISPORTIVAGIGLIOTTI@HOTMAIL.COM) C.F. 93037590911

All'A.S.D.POLISPORTIVA GIGLIOTTI TEAM NUORO affiliata alla F.I.J.L.K.A.M. con codice 20NU3244 ed all'Ente di Promozione Sportiva A.C.S.I. con codice 4514, CONI 194517 e 200197 Albo Regione SAR00019

**OGGETTO:** domanda richiesta DI TESSERAMENTO

<b>II/ la sottoscritto/a (o nome del Bambino)</b>		
Nato a	il	e residente in
Via	cap	Tel. Fax
Email	C.F.	
<b>(in caso di minore) DANNO IL CONSENSO</b>		
<input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Tutore	Cognome e Nome	
Luogo di nascita	Data di nascita	C.F.

Chiede di essere TESSERATO a codesta rispettabile Associazione, e, di conseguenza, tesserarsi alla **F.I.J.L.K.A.M.** e/o solo all'Ente di Promozione Sportiva **A.C.S.I.**

- Di conoscere ed accettare lo statuto e i regolamenti dell'Associazione, della Federazione e dell'Ente di Promozione ad essa associata dal Coni e le deliberazioni degli organi sociali.
- Di conoscere ed accettare le condizioni della polizza assicurativa stipulata in favore dei propri iscritti.

**SI IMPEGNA PEDISSEQUAMENTE**

- a versare con la sottoscrizione del presente modulo, il pagamento delle quote associative corrispondenti alle formule prescelte, in base alla dichiarazione indicate nel **FOGLIO NOTIZIE** (allegato). Si dispone tassativamente che i pagamenti avvengano nei primi 5 giorni del mese in corso, in **CONTANTI** o **BONIFICO**.
- il tesserato nel caso minori i Genitori, accettano tutte le disposizioni di volta in volta emanate dalla Direzione della ASD POLISPORTIVA GIGLIOTTI aventi ad oggetto le norme di funzionamento dell'attività Sportiva.
- **ad assumersi ogni responsabilità sul SUO stato di salute ed in particolare sulla sua IDONEITA' ALLA PRATICA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA.** - <https://sites.google.com/site/polisportgigliotti/>
- Ad esibire idonea certificazione medica in base all'attività da svolgere sia essa **Agonista** o **Non Agonistica**  
In fede

In Data e Luogo

---

*(firma leggibile - per i minori: firma di chi esercita la potestà)*

Apponendo la firma dichiaro di avere letto l'informativa predisposta ai sensi e per gli effetti di cui al Regolamento UE n.679/2016 come riportata sul retro; in particolare sono a conoscenza della obbligatorietà del conferimento dei dati per la parte in cui è espressamente richiesto e degli effetti del rifiuto sulla domanda di associazione e sul tesseramento e sono stato informato sulla possibilità del trattamento dei miei dati a fini commerciali/pubblicitari. A questo proposito liberamente

1. In materia di Privacy ai  presto  nego il consenso  
sensi del GDPR -

Vedasi

<https://sites.google.com/site/polisportgigliotti/>

---

*(firma leggibile - per i minori: firma di chi esercita la potestà)*

2. Per l'attuazione e accettazione del

- REGOLAMENTO
- CODICE DI CONDOTTA
- LINEE GUIDA

Vedasi

<https://sites.google.com/site/polisportgigliotti/>

---

*(firma leggibile - per i minori: firma di chi esercita la potestà)***..... IMPORTANTE ..... non scrivere nella zona sottostante, spazio riservato all'Associazione**

Vista la domanda presentata da ..... intesa ad ottenere la conferma **ad atleta dell'associazione**, dopo breve consulto \_\_\_\_\_ **accetta la domanda**  
Pertanto la quota di iscrizione unica annuale è di €.**45** valevole anno sportivo, mentre la quota mensile è quella indicata nel Foglio Notizie allegato

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

La Commissione

Il Legale Rappresentante p.t.

# ALLEGATO FOGLIO NOTIZIE

## DATI DELL'ATLETA

Cognome Nome .....

nato il ..... a .....residente.....

Via..... Frequenza Scolastica .....

scuola .....(oppure) Attività lavorativa .....

Codice Fiscale ..... Tel.....

Per la TUTELA SANITARIA:- Ha aderito a tutte le vaccinazioni di Legge .....(SI)..... (NO)....

Soffre o ha sofferto di patologie per cui necessità di attenzione particolare .....(NO).....(SI).....

(.....

.....)

Indicazione di eventuali allergie .....

.....

Altre notizie utili od eventuali motivi **ostativi** all'attività Sportiva.....

.....

.....

Con la sottoscrizione del modulo di iscrizione, si impegna al pagamento delle quote corrispondenti alle formule prescelte, **tassativamente entro i primi 5 giorni del mese**, (Quota associativa è di **45 €.** per ogni settore o disciplina sportiva praticata. Mentre la quota mensile è onnicomprensiva di **40 €.** pro-capite, **meno 3 €.** per ogni altro familiare iscritto). Si comunica che la quota mensile può variare, fatto salvo esplicita comunicazione da parte del Direttivo. VEDASI PAGAMENTI (2)

Firma dell'interessato ..... (1)

## DATI DEI GENITORI (solo x iscritti minori)

Padre.....nato il ..... a .....

professione .....Codice fiscale .....

Madre.....nata il..... a .....

professione .....Codice fiscale .....

## INDIRIZZO

Genitore referente o tutore .....

Via e numero civico .....

Cap ..... Città .....

Provincia .....Telefono .....

Firma del genitore referente o tutore .....(1)

(1) La firma costituisce autorizzazione per la **A.s.d. Polisportiva Gigliotti Team Nuoro**, di utilizzare le informazioni contenute nel presente foglio per il solo uso esclusivo d'ufficio come previsto dalle norme e per la tutela della privacy legge GDPR.-

(2) Pagamento può avvenire in contanti o a mezzo bonifico Bancario intestato alla:

**Asd Polisportiva Gigliotti Team Nuoro – IBAN IT82X0306909606100000178710**