

MODULO NUOVI TESSERATI FICK



La Società: _____

Appartenente al Comitato/Delegazione Regionale _____ chiede, per l'anno

il tesseramento alla FICK dei seguenti soci:

Il sottoscritto, in base alla legge n°127/97 e D.P.R. n.403 del 30.03.98 e successive, dichiara:

Cognome: _____ Nome: _____

Qualifica: _____ (Presidente, Vice Presidente, Consigliere, Tesoriere, Segretario, ecc.)

Codice Fiscale: _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita: _____

Cittadinanza: _____ Sesso: F __ M __ Diversamente abile: SI ____ NO ____

Indirizzo: _____ n. ____ c.a.p. _____

Città _____ Comune: _____ Provincia: (_____)

e/mail : _____ @ _____

Telefono (1) _____ Cellulare _____

Ai sensi del Reg. Ue 679/2016 si autorizza la FICK ad utilizzare i dati personali dichiarati, solo per i fini istituzionali e necessari alle finalità del tesseramento.

Do il consenso _____

Nego il consenso _____

FIRMA (*) _____

FIRMA (*) _____

(*) Per i minorenni occorre la firma di chi ne esercita la podestà genitoriale

NOTA: Dichiaro di aver preso visione delle norme sanitarie stabilite dalla FICK e che pertanto gli Atleti, all'atto del tesseramento, sono in regola con quanto stabilito dalla legge in materia di "Norme per la tutela dell'attività sportiva agonistica" (Decreto Ministeriale del 18/02/1982), nonché della veridicità dei dati personali riportati sul presente modulo.

Dichiaro che il certificato medico necessario è depositato presso l'affiliato tesserante che ne cura la conservazione e ne certifica la validità.

_____ li _____

FIRMA (*) _____

Il sottoscritto, in base alla legge n°127/97 e D.P.R. n.403 del 30.03.98 e successive, dichiara:

Cognome: _____ Nome: _____

Qualifica: _____ (Presidente, Vice Presidente, Consigliere, Tesoriere, Segretario, ecc.)

Codice Fiscale: _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita: _____

Cittadinanza: _____ Sesso: F __ M __ Diversamente abile: SI ____ NO ____

Indirizzo: _____ n. ____ c.a.p. _____

Città _____ Comune: _____ Provincia: (_____)

e/mail : _____ @ _____

Telefono (1) _____ Cellulare _____

Ai sensi del Reg. Ue 679/2016 si autorizza la FICK ad utilizzare i dati personali dichiarati, solo per i fini istituzionali e necessari alle finalità del tesseramento.

Do il consenso _____

Nego il consenso _____

FIRMA (*) _____

FIRMA (*) _____

(*) Per i minorenni occorre la firma di chi ne esercita la podestà genitoriale

NOTA: Dichiaro di aver preso visione delle norme sanitarie stabilite dalla FICK e che pertanto gli Atleti, all'atto del tesseramento, sono in regola con quanto stabilito dalla legge in materia di "Norme per la tutela dell'attività sportiva agonistica" (Decreto Ministeriale del 18/02/1982), nonché della veridicità dei dati personali riportati sul presente modulo.

Dichiaro che il certificato medico necessario è depositato presso l'affiliato tesserante che ne cura la conservazione e ne certifica la validità.

_____ li _____

FIRMA (*) _____