

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA BRENTA VOLLEY

Modulo di iscrizione Attività Agonistica 2017/2018

Consegnare in Palestra o inviare firmato a iscrizioni@brentavolley.it

DATI ANAGRAFICI ATLETA

Polizza Assicurativa volontaria? SI

NO

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ Cap _____

Residente in Via _____ N. _____ Comune _____

Codice fiscale atleta (obbligatorio) _____

Telefono/Cell. _____ E-mail (atleta) _____

Iscritto alla Scuola _____ Classe _____

DATI ANAGRAFICI GENITORE (per dichiaraz. redditi, ai fini della detrazione fiscale del 19%)

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ Cap _____

Residente in Via _____ N. _____ Comune _____

Codice fiscale GENITORE (obbligatorio) _____

Cell. _____ E-mail genitore (importante) _____

Il sottoscritto (nome/cognome del genitore) _____ iscrive il/la proprio/a figlio/a al "Progetto Pallavolo Giovanile 2017/18" organizzato dall'A.S.D. Brenta Volley e si impegna a versare l'importo di € 210,00.- quale quota di partecipazione all'attività sportiva 2017/2018 (€ 140,00 se secondo figlio/a partecipante, € 100,00 se terzo figlio/a partecipante) e a produrre la visita sportiva agonistica non appena possibile e comunque prima dell'inizio delle gare ufficiali.

Al presente modulo andranno poi allegate:

- ricevuta del bonifico bancario comprovante il pagamento dell'iscrizione da versare sul c/c intestato all'A.S.D. Brenta Volley presso:
 - C.R. Adamello-Brenta (Coordinate Bancarie: IT 90 L 08024 35660 00000 4088647)
 - C.R. Val Rendena (Coordinate Bancarie: IT 09 J 08248 35510 00000 0054331), con causale: Cognome Nome Atleta + squadra partecipata;
- Copia eventuale bonifico di € 30 per adesione all'assicurazione integrativa FipaV su c/c C.R. Adamello-Brenta. Causale: Cognome Nome Atleta + Assicurazione Integrativa;
- per tutti gli iscritti alle squadre: copia documento di identità valido, se non già fornito lo scorso anno (se possibile fotocopie a colori);
- solo per nati/e all'estero, certificato di iscrizione scolastico;
- visita medica agonistica per le squadre U13M/F, U14M, U16/18F, 1^ Div.F/M e Serie CM. Per Under 12, certificato medico pediatra con elettrocardiogramma.

La/Il sottoscritta/o dichiara di aver preso visione dell'informativa ex articolo 13 D.Lgs N°196 del 30.06.2003, riportata di seguito al presente modulo, ed esprime il proprio consenso, ai sensi degli articoli 23 e 24 del medesimo Decreto, in particolare, a che i dati possano essere comunicati e trattati da ASD Brenta Volley. Tali dati verranno pertanto trattati esclusivamente per l'espletamento delle finalità istituzionali, connesse all'attività sportiva. Titolare del trattamento dei dati personali è l'A.S.D. Brenta Volley.

Tione di Trento, li _____

Firma del genitore/atleta
