



## DOMANDA DI ISCRIZIONE

Cognome Nome \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### Il sottoscritto esercente la patria potestà sul minore

Genitore/Tutore \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residenza \_\_\_\_\_ intestatario ricevuta \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
Genitore/Tutore \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residenza \_\_\_\_\_ intestatario ricevuta \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

## CHIEDE L'ISCRIZIONE

quale socio dell'Associazione "Polisportiva Mogliano Veneto A.S.D.", per lo svolgimento ed il raggiungimento degli scopi istituzionali della stessa, impegnandosi ad osservarne lo Statuto, i Regolamenti e le Delibere adottate dagli organi sociali dell'associazione. Si impegna a corrispondere la quota sociale, nel rispetto delle scadenze fissate. Dichiara di aver preso visione dello Statuto Sociale e di accettarne integralmente il contenuto.

Data

Firma dei genitori

\_\_\_\_\_

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del Regolamento UE/2016/679 dichiaro di aver ricevuto l'informativa sui diritti connessi al trattamento dei miei dati personali da parte dell'associazione, sul loro utilizzo e sulle caratteristiche del trattamento, finalizzato alla gestione del rapporto associativo ed all'adempimento di ogni obbligo di legge. Acconsento, pertanto, al trattamento dei miei dati personali per le suddette finalità. Acconsento, inoltre, che i miei dati personali siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi previsti dalla legge, dalle norme statutarie e da quelle dell'ordinamento sportivo (Informativa consultabile nel sito web). Sono consapevole che il trattamento e la trasmissione dei miei dati personali è necessario per il perseguimento delle finalità istituzionali oltre che per poter acquisire la qualifica di socio, e che, in caso di diniego del consenso, l'associazione non potrà dar seguito alla richiesta di ammissione.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DI IMMAGINI FOTOGRAFICHE E/O AUDIOVISIVE

Il sottoscritto  Autorizza  Non autorizza

l'utilizzo di immagini fotografiche o audiovisive fatte dall'associazione o da soggetti incaricati dalla stessa, che lo ritraggono nello svolgimento delle attività associative, e la libera pubblicazione e diffusione da parte di Polisportiva Mogliano Veneto A.S.D. con qualsiasi mezzo per fini istituzionali nonché per attività di informazione e promozione anche attraverso l'inserimento delle stesse nel sito web e/o social network dell'associazione, in manifesti, volantini e simili, posizionati in luoghi pubblici.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## ACCETTAZIONE DEL PATTO EDUCATIVO DI CORRESPONSABILITA'

Il sottoscritto **DICHIARA** di aver preso visione del Patto Educativo di Corresponsabilità e di accettarne integralmente il contenuto, mediante sottoscrizione anche da parte dell'atleta, ancorchè minore, e riconsegna in segreteria del relativo stampato.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## ACCETTAZIONE DEL REGOLAMENTO DI PREVENZIONE E CONTENIMENTO SARS-COV-2

Il sottoscritto **DICHIARA** di accettare e di impegnarsi a rispettare le indicazioni e le regole del protocollo di prevenzione e contenimento della diffusione di SARS-CoV-2 di cui alle disposizioni normative e regolamentari nazionali, regionali e locali, e di attenersi scrupolosamente alle singole disposizioni regolamentari predisposte dall'Associazione ed alle indicazioni che verranno date dagli allenatori, istruttori, maestri e da qualsiasi addetto o responsabile della Polisportiva Mogliano Veneto A.S.D.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## CERTIFICATO MEDICO

Il sottoscritto è a conoscenza dell'obbligo per chi svolge attività sportiva di essere in possesso di un certificato medico agonistico o non agonistico, con le caratteristiche di legge. **DICHIARA**, pertanto, sotto la propria responsabilità, di essere in possesso di regolare certificato medico, e si impegna a consegnarlo alla segreteria prima dell'inizio dello svolgimento dell'attività sportiva o comunque entro 15 giorni dalla sottoscrizione del presente modulo.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_