



**MODULO DI ISCRIZIONE  
PER ATLETA MAGGIORENNE  
a.s. 2018/2019**

Scadenza certificato medico

COGNOME E NOME

CODICE FISCALE

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

PROV

CITTADINANZA

RESIDENTE A

PROV INDIRIZZO

CAP

TEL. FISSO/CELLULARE

EM@IL

PROFESSIONE

CHIEDO

di essere iscritto all'ASPES s.s.d. a R.L. e di essere ammesso/a a frequentare il corso di formazione sportiva o l'attività agonistica nelle discipline sotto indicate **previa presentazione del certificato medico di idoneità alla pratica sportiva prescritto dalla legge:**

attività

giorno

luogo

# ric. acconto

# ric. saldo

**IMPORTANTE:** lo sottoscritto/a dichiaro di accettare le norme del Regolamento dei corsi che disciplinano l'attività della società



**FIRMA** \_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

dichiaro di aver letto e compreso l'informativa allegata, pertanto **AUTORIZZO** ASPES s.s.d. a R.L.

• al trattamento dei dati personali e sensibili per la gestione della pratica assicurativa in caso di infortunio (consenso obbligatorio per finalità indicate nell'Informativa al punto 5)

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

• al trattamento dei dati personali per l'invio di comunicazioni di attività pubblicitarie (inerenti a eventi e iniziative atte a offrire servizi e/o beni forniti da ASPES s.s.d. a R.L.):

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

• al trattamento dei dati personali per l'uso di fotografie individuali, di gruppo, di squadra riprendenti attività sportive agonistiche o ludiche per la valorizzazione delle attività nell'ambito di eventi e/o manifestazioni:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

MILANO, il



**FIRMA** \_\_\_\_\_