

Per il/la seguente minore da me tutelato/a: (*)

Cognome		Gr.princ.	Cod.Famiglia
Nome		M / F	(Maschio/Femmina)
nato/a a	Città o Stato Estero	Sigla prov.	Data di nascita
residente in	Città	Sigla prov.	Cap
Via / p.zza - numero civico		Codice fiscale	
Telefoni (cellulare-fisso-fax)			
E-mail			

io sottoscritto/a socio/a:

Cognome del socio tutore	Gr.principale	Gruppo secondario
Nome del socio tutore		

Richiedo, nel contempo, l'iscrizione alle sottoindicate attività, alle condizioni stabilite dall'Associazione per il relativo esercizio sociale:

Sezione	Gruppo	Denominazione della sezione
Sezione	Gruppo	Denominazione della sezione

allego, allo scopo: € 15,00 quale quota assicurativa contro infortuni (non rimborsabili in caso di rinuncia);
 € 30,00 quale contributo in acconto per ciascuna attività richiesta (non rimborsabile in caso di rinuncia)
 l'intero contributo previsto per la frequenza all'attività richiesta (*)

(*) in caso di rateizzazione mi impegno a saldare tutte le rate dovute, entro le scadenze previste, anche in caso di recesso dalle attività per qualunque motivo.

Chiedo inoltre l'applicazione delle condizioni particolari concordate in quanto socio del seguente Ente Convenzionato:

[] (Coop. E.Co.Polis) - [] (Tiro a Segno Nazionale) - [] (Soc. Coop. Abitare) - [] (Coop. Labriola)

Consenso al trattamento dei dati personali D.Lgs. 196/03 relativi al minore tutelato

Pienamente informato ai sensi dell'art.13 del Codice della privacy, esprimo il mio consenso, ai sensi dell'art. 23, al trattamento dei dati personali con particolare riferimento anche ai dati definiti sensibili ovvero idonei a rivelare lo stato di salute.

Apponendo la firma in calce al presente modulo, manifesto il mio consenso al trattamento dei dati anche sensibili, nell'ambito delle finalità e modalità di cui alla presente informativa e nei limiti cui il mio consenso fosse richiesto ai fini di legge.

Esprimo inoltre il mio consenso all'esecuzione di riprese fotografiche e/o filmate comprendenti immagini del sopraindicato minore, in occasione di manifestazioni e/o a scopo documentale, escluso qualsiasi fine commerciale, e autorizzo sin da ora l'A.S.D.

Polisportiva Garegnano 1976 a conservare presso i propri archivi le stampe e/o i negativi e/o i files digitali delle riprese, a pubblicarle sul proprio sito web e/o sulla propria pagina facebook, nonché a distribuire copia delle eventuali foto di gruppo ai soci tutori degli altri minori, per uso esclusivamente familiare, così come, a mia volta, mi impegno a fare uso altrettanto riservato delle copie che mi fossero consegnate.

In particolare manifesto il mio consenso per:

- l'acquisizione dei dati personali e sensibili così come indicati dall'informativa;
- la comunicazione dei dati a terzi come indicato nella presente informativa;
- le riprese fotografiche e/o filmate e l'utilizzo delle stesse esclusivamente ai fini e nei limiti sopraindicati.

Certificazioni mediche di idoneità all'attività sportiva

Mi impegno inoltre a rispettare le disposizioni in materia di certificazioni mediche per l'idoneità all'attività sportiva; allo scopo dichiaro:

- di produrre la certificazione medica per l'idoneità all'attività sportiva entro la data di scadenza di quella precedente o, se trattasi di prima visita, entro la data di inizio dell'attività;
- di essere a conoscenza dell'obbligo delle Associazioni riconosciute dal CONI, e quindi affiliate a Federazioni Sportive Nazionali o a Enti di Promozione, di essere in possesso di certificazione medica che attesti la mia idoneità all'attività sportiva non agonistica, qualora l'attività da me svolta non sia classificata agonistica ai sensi del Decreto del 18/02/1982. In questo caso mi impegno a rispettare le disposizioni contenute nei Decreti Balduzzi del 24/04/2013 e Lorenzin del 08/08/2014, e successive integrazioni e/o modificazioni, sapendo che la certificazione:
 - può essere rilasciata da un medico specialista in medicina dello sport (per tutti) o dal medico di base o pediatra (esclusivamente per i propri assistiti);
 - deve riportare i dati identificativi del medico dichiarante (carta intestata e/o timbro), la firma e la data;
 - deve riportare i dati anagrafici del soggetto (per il suo indubbio riconoscimento), la dichiarazione di aver rilevato i valori della pressione arteriosa, la data del referto dell'ECG visionato e la dichiarazione di aver eseguito la visita e che il soggetto non presenta controindicazioni alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Oppure **richiedo la prenotazione della visita medica in palestra**, comprensiva di elettrocardiogramma, da eseguirsi con medici sportivi abilitati, per il rilascio della certificazione di idoneità all'attività sportiva non agonistica.

Assicurazione

La ASD Polisportiva Garegnano 1976 è affiliata al CONI attraverso le Federazioni Sportive Nazionali di disciplina e ad alcuni Enti di Promozione Sportiva riconosciuti.

I partecipanti alle attività motorie e sportive fruiscono di assicurazione RC e contro infortuni, attraverso polizze nazionali di base stipulate dalle FSN o dagli EPS cui gli stessi vengono tesserati in relazione alla tipologia di attività praticata.

Si segnala che dette polizze di base prevedono una tipologia di indennizzo forfetario (con tabella legata alla tipologia di infortunio, indipendentemente dall'esito più o meno efficace delle terapie e dai costi sostenuti) e le cui condizioni (compresa la percentuale di franchigia applicata) variano a seconda della compagnia assicurativa convenzionata.

Sui siti internet delle FSN e degli EPS e sul sito dell'Associazione (www.polisportivagaregnano.it) sono disponibili le condizioni delle polizze predisposte dalle varie compagnie assicuratrici convenzionate affinché il Socio possa prenderne conoscenza e valutare l'opportunità di stipulare eventuali polizze integrative, il cui costo è da considerarsi aggiuntivo e a carico del Socio stesso (da sottoscrivere presso la segreteria dell'Associazione).

- dichiaro di aver preso visione dell'informativa sopra riportata, di averla compresa e di accettare le condizioni delle polizze base proposte dalle compagnie assicuratrici convenzionate alla FSN o dell'EPS alla/al quale sarò tesserato.**
- richiedo la stipula di una polizza integrativa proposta dalla compagnia assicuratrice convenzionata alla FSN o all'EPS alla/al quale sarò tesserato.**

Abbigliamento

Al fine di favorire la gestione di eventuali ordini dei capi della linea di abbigliamento sportivo dell'Associazione, o per facilitare la gestione di eventuali omaggi segnalo di seguito la mia taglia scegliendo tra le seguenti opzioni:

- la mia taglia è:
- | | | | |
|--------------------------|------------|--------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> | 3/4 anni | <input type="checkbox"/> | S |
| <input type="checkbox"/> | 5/6 anni | <input type="checkbox"/> | M |
| <input type="checkbox"/> | 7/8 anni | <input type="checkbox"/> | L |
| <input type="checkbox"/> | 9/11 anni | <input type="checkbox"/> | XL |
| <input type="checkbox"/> | 12/13 anni | <input type="checkbox"/> | XXL |

Milano, li _____

firma _____

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

Per accettazione, su delega del Consiglio Direttivo in attesa della Delibera di ratifica:

Milano, li.....

firma.....