



Modulo d'iscrizione

RESTIAMO IN RETE 2019



Nome		Cognome	
Data di Nascita		Luogo di nascita	
Codice fiscale		Indirizzo	
Città		CAP	
Telefono casa		Cellulare	
Cellulare genitore		Email	
Gruppo di provenienza			

Taglia indicativa per la canotta:

XS	S	M	L	XL
----	---	---	---	----

Frequenza minima 1° SETT. 17/06 al 21/06 2° SETT. 24/06 al 28/06 3° SETT. 1/07 al 5/07
3 settimane 4° SETT. 8/07 al 12/07 5° SETT. 15/07 al 19/07 6° SETT. 22/07 al 26/07

NOTE

CERTIFICATO MEDICO: Per gli atleti già tesserati alla Dinamo Pallavolo Bellaria Igea Marina e Idea Volley Rubicone è valido il certificato medico consegnato alla propria società. Per i nuovi tesserati (o nel caso sia scaduto) ogni partecipante dovrà consegnare, prima dell'inizio, un certificato medico di sana e robusta costituzione. Sono accettate anche fotocopie.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI: I dati personali che con la presente lei ci fornisce verranno tutelati dalla Pallavolo Bellaria Igea Marina, nel rispetto di quanto stabilito dal D.lgs 196/03. I dati che la riguardano, trattati anche con strumenti informatici, verranno utilizzati unicamente per aggiornarla sulle iniziative e servizi promossi dalla Pallavolo Bellaria Igea Marina, anche in collaborazione con altre istituzioni. Per garanzia di riservatezza non saranno comunicati e diffusi a terzi. E' suo diritto chiederne in ogni momento la modifica o la cancellazione, rivolgendosi al responsabile della tutela. **Preso atto dell'informativa di cui sopra, resa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96 acconsento ai sensi della medesima legge, al trattamento dei dati personali miei o di chi da me tutelato nei limiti della predetta informativa.**

USO DELL'IMMAGINE: Accosento all'uso dell'immagine mia o di chi da me tutelato, su supporto video e/o fotografico nell'ambito dei fini istituzionali della Pallavolo Bellaria Igea Marina e alla sua eventuale divulgazione e/o pubblicazione in formato elettronico e/o cartaceo.

ASSICURAZIONE: Dichiaro di accettare la polizza assicurativa rinunciando a qualsiasi risarcimento di danni eccedenti i valori massimali in essa previsti.

Data _____

Cognome e Nome (genitore)

Firma (genitore)
