

## MODULO TESSERAMENTO

### IL SOTTOSCRITTO PRESIDENTE/ LEGALE RAPPRESENTANTE:

<b>Cognome</b>		<b>Nome</b>		<b>In qualità di Legale Rappresentante della SQUADRA, Società Sportiva, B.A.S:</b>
----------------	--	-------------	--	--

<b>Denominazione SQUADRA/ B.A.S.</b>	
--------------------------------------	--

	COGNOME E NOME ATLETA/DIRIGENTE	RESIDENTE IN VIA e N.	CITTA'	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	TELEFONO	FIRMA <small>Per consenso trattamento dati personali e accettazione tesseramento (*)</small>
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

(\*) **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:** Tutti i suddetti tesserati – ai sensi e per gli effetti del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla protezione dei dati personali - prestano a A.S.D. SPORT – SPORTLAND A.S.D. il proprio consenso al trattamento dei dati personali, da utilizzare e gestire in proprio o tramite Terzi, per fini istituzionale e/o commerciali.

(\*) **ACCETTAZIONE DELLE CONDIZIONI DI TESSERAMENTO:** Inoltre, tutti i suddetti tesserati si impegnano a rispettare lo Statuto, i Regolamenti, i deliberati degli Organismi dirigenti, a munirsi della necessaria Certificazione Medica Agonistica per partecipare ai Tornei e Campionati e non agonistica per i soli allenamenti, a versare le quote previste e ad accettare la polizza assicurativa consultabile sul sito <http://mspitalia.it/assicurazioni-rct-infortuni/>

Il sottoscritto Presidente/Responsabile della Associazione/Società/B.A.S. richiede il tesseramento MSP Italia dei suddetti nominativi presso la Associazione/Società/B.A.S. di cui è Presidente/Responsabile e dichiara contestualmente che tutti i tesserati sopra elencati sono in possesso della certificazione medica agonistica per partecipare ai Tornei e Campionati, non agonistica per i soli allenamenti.

**LUOGO** **DATA** **FIRMA**