

Associazione sportiva dilettantistica
Wave Laboratorio del Movimento
Viale Europa 115 50126 Firenze
CF: 94278770485

DOMANDA DI AMMISSIONE ANNO 2022/2023

Il sottoscritto _____
nato a _____ (prov. _____) il _____
residente a _____ (prov. _____) c.a.p. _____
codice fiscale _____
telefono _____ fax. _____ e-mail _____

FA RICHIESTA

Di essere ammesso alla Vs. a.s.d. in qualità di **tesserato**.

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'

Che le mie attuali condizioni di salute psico-fisica mi permettono di frequentare le attività svolte presso l'associazione sportiva dilettantistica "Wave Laboratorio del movimento" e che qualsiasi variazione in merito verrà tempestivamente comunicata;

Ho preso visione del **regolamento Generico e quello per l'accesso e la permanenza in struttura Covid-19** della asd Wave Laboratorio del Movimento e mi impegno a rispettarlo.

Mi impegno inoltre a portare il prima possibile un **certificato medico generico** di buona salute;

Di eleggere domicilio presso l'indirizzo sopra indicato;

Di impegnarsi a versare i contributi riguardanti le attività svolte, richiesti dalla V.s. a.s.d.;

Di autorizzare l'invio di tutte le comunicazioni riguardanti la V.s. a.s.d. all'indirizzo e-mail;

Di essere informato che la V.s. a.s.d. conserverà e tratterà i miei dati qui forniti al fine di adempiere alle formalità e agli obblighi previsti dallo CSEN e dal CONI, dallo statuto dell'associazione, dalle norme in vigore, nel rispetto del codice sulla privacy;

Di consentire la conservazione e il trattamento dei miei dati come sopra descritto;

data..... Firma

SPAZIO RISERVATO ALL'ASSOCIAZIONE

DOMANDA ACCOLTA IN DATA

DOMANDA NON ACCOLTA CON DECISIONE IN DATA

Firma del presidente o del consigliere incaricato
