

## RICHIESTA AMMISSIONE A SOCIO ESERCIZIO SOCIALE 2024/2025

Il/la \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_  
sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

### allo scopo

-----DICHIO-----  
- di aver preso completa e attenta visione dello statuto sociale, del codice etico e delle norme particolari che disciplinano la partecipazione alle attività organizzate o promosse dall'Associazione, approvandoli incondizionatamente;  
- di non trovarmi in alcuna delle condizioni di esclusione previste dallo statuto sociale;  
- di impegnarmi ad attenermi ai regolamenti ed alle ulteriori disposizioni approvate dal Consiglio Direttivo o dall'Assemblea Soci, nell'ambito delle rispettive competenze;  
- che i dati personali sopraindicati, così come eventualmente da me corretti, sono veritieri.  
-----ALLEGRO-----  
€25,00 quale contributo associativo (comprensivo di assicurazione RCT e infortuni)  
----- RICHIEDO L'ISCRIZIONE ALLA/E SEGUENTE/I ATTIVITA' -----  
attività 1 \_\_\_\_\_ descrizione \_\_\_\_\_  
attività 2 \_\_\_\_\_ descrizione \_\_\_\_\_  
----- MI IMPEGNO A RISPETTARE LE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI CERTIFICAZIONI MEDICHE PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA -----  
e dichiaro:  
\_ di produrre certificazione medica per l'idoneità all'attività sportiva in corso di validità, a copertura della frequenza ai corsi;  
\_ di aver preso visione delle circolari associative in materia di certificazioni mediche agonistiche e non agonistiche, impegnandomi a rispettare le indicazioni in esse riportate;  
[ ... ] CHIEDO 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.

Data

Firma

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a, in qualità di richiedente all'ammissione a Socio/a della Polisportiva Garegnano 1976 ASD APS, letta l'informativa riportata nelle norme particolari per la partecipazione alle attività, apponendo la mia firma in calce al presente modulo acconsento al trattamento dei miei dati personali nelle modalità e per le finalità indicate nella stessa e strettamente connesse alla gestione del rapporto associativo.

### AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DELL'IMMAGINE

Il/la sottoscritto/a autorizzo la pubblicazione sul sito web e/o sulla pagina Facebook dell'Associazione di mie fotografie e/o filmati e/o del/della minore da me tutelato/a a suo esclusivo utilizzo e solo per finalità istituzionali e non commerciali correlate alle attività della stessa.

[ ... ] nego l'autorizzazione alla pubblicazione delle immagini.

Data

Firma

SPAZIO RISERVATO AL CONSIGLIO DIRETTIVO - per accettazione della Richiesta di Associazione

Milano, il \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_