MODULO ISCRIZIONE STAGIONE 2015-2016

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DATI ATLETA | | | | | | | |
| Cognome |  | | Nome | |  | | |
| Data di nascita |  | Comune di nascita | | |  | | |
| Codice Fiscale |  | | | | | | |
| Indirizzo residenza |  | | | Comune | |  | |
| Telefono casa |  | | Cellulare atleta | | |  | |
| Email |  | | | | | Taglia |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DATI GENITORE per ATLETI MINORENNI | | | |
| Cognome |  | Nome |  |
| Cellulare |  | | |
| Email |  | | |
| Autorizzazione alla divulgazione e trattamento di dati personali (art. 10 e 11 legge 31/12/95 n. 675 e successive modificazioni e integrazioni art. 13 del DDL 30/06/06 n. 196). Il sottoscritto debitamente informato autorizza ESAVOLLEY ASD al trattamento dei dati personali e la foto/video ripresa dell’iscritta durante l’attività sportiva stagionale e la eventuale pubblicazione della foto dell’atleta su Internet e/o pubblicazioni, brochure etc. editi da ESAVOLLEY ASD o dagli sponsor. In qualsiasi momento potranno essere richieste informazioni in merito a tali dati. Se ne potrà richiedere la modifica o la cancellazione scrivendo alla società stessa. | | | |
| Il sottoscritto dichiara di aver letto e di accettare il regolamento pubblicato anche sul sito [www.esavolley.it](http://www.esavolley.it) e sulla pagina facebook “esavolley pallavolo” | | | |
| Insieme alla presente iscrizione, consegna:  Certificato medico di idoneità all’attività sportiva agonistica | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Data e Firma dell’atleta | Per i minori Data e Firma del Genitore |