

DOMANDA DI TESSERAMENTO FISII  
"WE SNOWBOARD CERVINIA A.S.D. "  
C.F. 91065240078 P.I. 01232860070  
sede in via Carrel n°9 fraz Breuil Cervinia  
11028 Valtournenche

**N.B.** Compilare in stampatello con dati anagrafici del tesserato anche se Minore:

il sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
Nato/a \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_ ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_ )  
In via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ Tel (tesserato/Minore) \_\_\_\_\_  
Genitore (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
Tel (Genitore) \_\_\_\_\_ Tel (Genitore) \_\_\_\_\_  
E-mail (tesserato/Genitore) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

- **Di essere Tesserato alla Federazione Italiana Sport Invernali (FISI)** , dopo aver preso visione e approvato lo statuto sociale ed il regolamento interno, dopo aver letto, compreso e accettato in tutte le sue parti gli estratti di polizza relativa alla copertura infortunistica compresa nella tessera sportiva FISII, riconosciuta dal C.O.N.I., che mi verrà rilasciata al momento dell'iscrizione. Il costo del tesseramento per la stagione 2024/2025 è di **Euro 40,00** ( quaranta ) e avrà validità dal momento dell'iscrizione al 31 Maggio 2025.

- **Di essere iscritto al corso**                     PRE SEASON                     CLASSIC                     CAMPESTIVO                     NESSUNO

Firma per visione e accettazione (maggiorrenne o Genitore) .....

Il socio è a conoscenza dell'obbligatorietà di presentazione e consegna del **certificato medico** sportivo sotto sforzo per attività sportive agonistiche (salvo nei casi in cui è previsto il certificato medico di sana e robusta costituzione) in corso di validità agli addetti dell'associazione , al fine di poter svolgere le varie attività sportive dilettantistiche alle quali vorrà partecipare. Il consiglio direttivo dell'associazione, in assenza del previsto certificato medico, si avvale della facoltà di deliberare l'impedimento al socio di svolgere qualsiasi attività sportiva. Salvo nei casi di pratica esclusivamente di attività ludico motorio per le quali ci si attiene alle vigenti normative in materia di certificazioni mediche.

Firma per visione e accettazione (maggiorrenne o Genitore) .....

Ricevuta informativa sull'utilizzazione dei miei **dati personali**, ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo numero 196 del 30 giugno 2003, recante il nuovo codice in materia di protezione dei dati personali. Consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e istituzionali. per lo svolgimento dell'attività istituzionale, organizzativa e tecnica e la gestione del rapporto associativo. Nello specifico i dati saranno trasmessi al comitato Regionale di competenza ed alla FISII, che collaborano per l'erogazione dei servizi riferiti agli scopi di cui sopra. Ai sensi dell'articolo 13 del decreto legislativo n° 196/2003 , recante disposizioni sul nuovo codice in materia di protezione dei dati personali, si informa che i dati da lei forniti , formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

Tali dati verranno trattati per le sole attività istituzionali, pertanto, strettamente connesse alle attività statutarie. Il trattamento dei dati avverrà mediante l'utilizzo di supporto telematico o cartaceo, idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del d. lgs. N° 196/2003 (cancellazione , modifica , opposizione al trattamento).

Acconsento al trattamento ed alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di **fotografie ed immagini** atte a rivelare l'identità del sottoscritto sul sito web e social media dell'associazione.

Nego il consenso                     Presto il consenso

Firma per visione e accettazione (maggiorrenne o Genitore) .....

Città ..... Data .....

Firma maggiorrenne o Genitore

Firma .....