

ANNO SOCIALE 2024/2025 - DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

DATI SOCIO

Cognome _____ Nome _____
 Nato a _____ Il ___ / ___ / ____
 C.F. _____
Residenza: Via _____ Nr _____
 CAP _____ Città _____
 Cellulare _____ E-mail _____
 Squadra _____

DATI GENITORI *(per i minori compilare i dati di almeno un genitore o tutore)*

Cognome _____ Nome _____
 C.F. _____ Professione _____
 Cellulare _____ E-mail _____

Cognome _____ Nome _____
 C.F. _____ Professione _____
 Cellulare _____ E-mail _____

Chiede di essere ammesso quale socio di Tam Tam A.S.D., per lo svolgimento e il raggiungimento degli scopi primari dell'associazione, attenendosi allo statuto ed alle deliberazioni degli organi sociali, nonché a pagare la quota sociale.

Dichiara di conoscere lo statuto e i regolamenti pubblicati sul sito internet dell'associazione, nonché l'estratto stampato sul retro, e di accettarli integralmente. Dichiara di consentire l'uso per i soli fini associativi, compresa la pubblicazione su mezzi di comunicazione (sito internet, notiziari, ecc.), di materiale foto e video che ritrae se medesimo durante l'attività associativa.

Autorizza la Società al tesseramento alla FIP (Federazione Italiana Pallacanestro) o ad altre Associazioni Sportive per una maggiore copertura assicurativa e per partecipare alle manifestazioni sportive organizzate da dette associazioni.

Trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 all'art. 13 GDPR (Regolamento UE 2016/679), recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati personali forniti attraverso questa scheda saranno trattati in modo lecito ed adottando ogni misura idonea a garantirne la massima riservatezza, ai soli fini necessari per il perseguimento degli scopi statutari. I dati potranno essere comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dalle norme statutarie e da quelle dell'ordinamento sportivo.

Il socio sottoscrivendo la presente scheda dà il consenso al trattamento dei dati personali in essa contenuti per le finalità e con le modalità sopra indicate.

ADESIONE ASSICURAZIONE INTEGRATIVA (selezionare una opzione)

- Sottoscrivo la polizza infortuni integrativa – CUMULATIVA (€ 40.00) per l'atleta per la stagione 2024-25
 Sottoscrivo la polizza infortuni integrativa – INDIVIDUALE FULL TIME (€ 175.00) per l'atleta per la stagione 2024-25
 Non sottoscrivo alcuna polizza infortuni integrativa per l'atleta per la stagione 2024-25

LUOGO e DATA _____

FIRMA SOCIO: _____

FIRMA GENITORE (per i minori): _____