Girovelando
Associazione sportiva dilettantistica

OGGETTO : RICHIESTA DI ISCRIZIONE A GIROVELANDO ASD

Io sottoscritta/o (nome) _____(cognome)_____

Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | nata/o a _____

Prov. (_____) il _____/_____/_____

RESIDENTE

Via/P.za/Loc: _____ n. _____

CAP _____ Comune_____ prov. (_____)

(facoltativi) Tel. _____ Cell._____

***e-mail sulla quale desidero ricevere comunicazioni sulle attività di Girovelando asd ed il link per scaricare la tessera:**

_____

CHIEDO

di essere iscritta/o a Girovelando asd per l'anno _____ /_____ ,affiliata alla UISP (Unione Italiana Sport per tutti) previo versamento della **quota sociale annua** pari a:

• € 100,00 in unica soluzione (o in due quote da 50,00 entro il termine stabilito dall' A.s.d. ,con prima rata entro il _____/_____/_____ e seconda rata entro il _____/_____/_____)

• € 50,00 per i minori unica soluzione.

Al seguente IBAN: IT72U0503403258000000000429 –

Intestatario: Girovelando asd - BANCO POPOLARE DI MILANO

☐ Sono consapevole che i miei dati rientreranno nella lista soci dell'associazione Girovelando e nell'elenco tesserati UISP e posso richiederne in ogni momento la cancellazione definitiva o la revisione, impegnandomi ad avvisare l'associazione alla seguente email : girovelando@gmail.com .

☐ Sono a conoscenza che per svolgere le attività agonistiche dell'associazione occorre un certificato medico valido, che presenterò a mezzo email .

☐ Dichiaro di aver preso visione dello Statuto dell'associazione, del Regolamento interno e dell'assicurazione Uisp. Acconsento al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. 196/03 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale 29 luglio 2003, serie generale n. 174, supplemento ordinario n. 1

☐ DICHIARO CHE IL MIO CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' NON AGONISTICA *HA SCADENZA IL _____/_____/_____

☐ Dichiaro l'esattezza dei miei dati e di non dichiarare il falso

*Importante

(Luogo e data) (Firma)

_____ , | | / | | / | | | | |