



MODULO DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a (Cognome e Nome) Sesso: [M] / [F]
Nato/a il a (Comune) Prov.
Nazionalità Codice Fiscale
Tel. Cell.
E-mail
in qualità di genitore/tutore esercente la responsabilità genitoriale

CHIEDE

di ammettere quale **socio della A.S.D. Buonconsiglio Nuoto**

il proprio figlio/a minore (Cognome e Nome) Sesso: [M] / [F]
Nato/a il a (Comune) Prov.
Nazionalità Codice Fiscale
Residente in (Via e numero civico)
CAP Comune Prov.
Tel. Cell.

CHIEDE ALTRESI' DI ISCRIVERE IL PROPRIO FIGLIO/A MINORE

- al **corso** organizzato dalla Scuola Nuoto Federale della A.S.D. Buonconsiglio Nuoto
- in qualità di **atleta** alla A.S.D. Buonconsiglio Nuoto

autorizzando quest'ultima al tesseramento alla F.I.N. (Federazione Italiana Nuoto) della quale dichiara di aver preso visione dello Statuto (disponibile sul sito www.federnuoto.it) e di accettare tutte le norme ivi contenute ed in particolare, quelle relative al vincolo di tesseramento (art.5.9) e alla clausola compromissoria (art.29), e, su richiesta dell'atleta, alle altre Federazioni Sportive Nazionali cui la A.S.D. Buonconsiglio Nuoto è affiliata.

Data **Firma del genitore/tutore**

Consenso dell'interessato al trattamento dei dati personali propri e del figlio minore

Il/La sottoscritto/a **ACCONSENTE** al trattamento dei dati personali, propri e del/la proprio/a figlio/a minore secondo le modalità e le finalità



BUONCONSIGLIO NUOTO TRENTO

risultanti dalla scheda informativa presente al link www.buonconsiglionuoto.it/privacy e affissa nella bacheca della segreteria, dichiarando al contempo di averne letto e compreso il relativo contenuto.

Data _____ Firma leggibile _____

L'**iscrizione all'attività didattica** del minore che ha già compiuto 6 anni deve essere accompagnata da:

- CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

L'**iscrizione dell'atleta** deve essere accompagnata da:

- per il settore Propaganda
 - CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA (rilasciato gratuitamente dal Medico di base)
- per il settore Agonistico
 - CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA per la disciplina praticata valido per la stagione sportiva corrente (rilasciato dal Medico Sportivo dell' Azienda Prov.le dei Servizi Sanitari – per prenotare la visita tel. 848 816816 oppure via internet dal sito www.apss.tn.it, o da altro Medico Sportivo)
 - FOTO FORMATO TESSERA, meglio se digitale