



DATA ISCRIZIONE _____

Dati dell' atleta:

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Corso scelto:

CORSO PUFFI 3-6 ☐ CORSO YOUNG 7-11 ☐ CORSO MASTER ☐

CORSO AGONISTI ☐ CORSO HIGH DIVING ☐

Dati dei genitori o di chi ne fa le veci:

Cognome e nome _____

Codice fiscale _____ Recapito telefonico _____

Indirizzo _____

E-mail _____

In assenza/attesa di visita medica, il presente modulo rappresenta dichiarazione di assunzione di responsabilità circa il proprio stato di buona salute. Con la presente **SI DICHIARA** di avere le nozioni base di nuoto per essere autonomi in vasca.

Il sottoscritto dichiara di assumersi ogni responsabilità per qualsiasi incidente possa accadere durante la pratica sportiva salvo quanto previsto dalla copertura assicurativa FIN. Non sono coperti da assicurazione le prove propedeutiche all'iscrizione ai corsi. Eventuali danni e/o infortuni derivanti o riconducibili a una dichiarazione non corretta, non potranno essere attribuiti alla Trieste Tuffi, sollevando l'Associazione, i suoi dirigenti e gli istruttori, da ogni responsabilità civile e penale inerenti alla pratica della disciplina svolta presso la suddetta Associazione Sportiva.

Informativa- in base al Reg. 2016/679/UE (codice in materia di protezione dei dati personali)

In base al Regolamento 2016/679 dell'UE si informa che tutti i dati raccolti dall' associazione sportiva Trieste Tuffi saranno utilizzati esclusivamente per: attività di gestione dell' Associazione, comunicazioni di informative relative alle attività svolte; gestione delle attività sportive, sia agonistiche che amatoriali. L' eventuale negazione del consenso al trattamento dei dati personali causa l'impossibilità alla partecipazione delle attività dell' Associazione medesima. I dati raccolti non saranno comunicati a soggetti terzi. Il responsabile della privacy dell'Associazione è il presidente Fulvio Belsasso, la sede dell' Associazione è ubicata in Passeggio Sant' Andrea, 8, a Trieste. Si informa inoltre che i diritti del titolare interessato sono specificati nel succitato Regolamento 2016/679/UE.

Acconsento ☐

IN FEDE

Documenti da consegnare, indispensabili per il tesseramento.

In assenza di tutta la documentazione il tesserato si assume ogni responsabilità derivante dall'attività sportiva.

Fotocopia CERTIFICATO MEDICO ☐

Fotocopia TESSERA SANITARIA / CODICE FISCALE ☐

2 fototessere ☐

Modulo tesseramento ☐

Il sottoscritto (cognome e nome) _____ *Cod. Atleta _____
 *Sesso: [M] / [F] *nato il _____ *Comune _____
 *Prov _____ *Cittadinanza _____ *Codice Fiscale _____
 *Residente in (Via e numero civico) _____
 *CAP _____ *Comune _____ *Prov. _____
 *Stato _____ Tel. _____ Cell. _____ E-mail _____
 Domicilio (se diverso da residenza) Via e numero civico _____
 CAP _____ Comune _____ Prov. _____
 Consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità negli atti (art.26 legge 15/68 e art.489 c.p.)

CHIEDE

- di tesserarsi alla FIN tramite la società: **ASD TRIESTE TUFFI EDERA 1904 (codice FRI007447)**

TIPOLOGIA TESSERAMENTO	DISCIPLINA	TIPO VINCOLO
☐ Agonista	☐ Nuoto ☐ Pallanuoto ☐ Tuffi ☐ Syncro ☐ Salvamento ☐ Fondo	☐ Provvisorio ☐ Definitivo
☐ Master	☐ Nuoto ☐ Pallanuoto ☐ Tuffi ☐ Syncro ☐ Salvamento ☐ Fondo	
☐ Propaganda	☐ Nuoto ☐ Pallanuoto ☐ Tuffi ☐ Syncro ☐ Salvamento	

DICHIARA

- di aver preso visione dello Statuto della FIN (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).

Firma dell'atleta (o di chi esercita la patria potestà)  _____

Nome e cognome di chi esercita la patria potestà _____

ATTESTA

a) di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati ex art. 13 del Regolamento UE 679/2016, la cui versione integrale è reperibile sul sito FIN (www.federnuoto.it/federazione/privacy) che dichiara di conoscere integralmente;

b) di aver liberamente fornito i propri dati personali e pertanto, relativamente ai trattamenti che si rendano necessari nell'ambito delle finalità istituzionali di cui ai punti A) e B) dell'informativa:

☒ ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

L'eventuale rifiuto del consenso ai trattamenti precedentemente menzionati (in quanto necessari per le attività istituzionali della F.I.N.) comporterà l'impossibilità di completare la procedura di tesseramento.

c) relativamente ai trattamenti nell'ambito delle finalità di cui al punto C) dell'informativa

☐ ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

☐ NEGA IL PROPRIO CONSENSO

alla comunicazione dei propri dati personali (nominato e recapiti) a società sponsor istituzionali della F.I.N. per consentire la fornitura di informazioni, anche commerciali, su servizi offerti o iniziative future, e ad aziende partner della Federazione per campagne informative o proprie attività promozionali.

L'eventuale rifiuto del consenso ai trattamenti precedentemente menzionati non influirà sull'esito della procedura di tesseramento

Data: _____ Firma dell'atleta (o di chi esercita la patria potestà)  _____

Il Presidente della Società DICHIARA

L'atleta è in regola con le disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive per quanto concerne la certificazione di idoneità così come prevista dalla vigente normativa sanitaria riportata nella circolare normativa F.I.N.

Data: _____ Timbro e firma del Presidente della Società  _____

*Campi obbligatori