



A.S.D. BIKE LAB SCUOLA DI MOUNTAIN-BIKE CAMPANIA
COD. 13X2050
VIA IRNO 83, 84135, SALERNO
C.F. 95172720658
BIKELABSCUOLAMTBCAMPANIA@GMAIL.COM
3291118427
PRES. ALESSANDRO SALZANO

BANCA PROSSIMA
IBAN IT30C0335967684510700292567
ASD BIKE LAB SCUOLA DI MOUNTAINBIKE CAMPANIA

CAUSALE: "ASSOCIAZIONE E TESSERAMENTO NOME E COGNOME

ALL'ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA
BIKE LAB SCUOLA DI MOUNTAINBIKE CAMPANIA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A.....
NATO/A AD.....IL..... RESIDENTE INVIA
.....CAP.....TEL.....CELL.....
E-MAIL.....

CHIEDE

L'AMMISSIONE IN QUALITÀ DI SOCIO, ALL'ASSOCIAZIONE SPORTIVA BIKE LAB SCUOLA DI
MOUNTAINBIKE CAMPANIA, DEL FIGLIO MINORENATO
AD.....IL.....
RESIDENTE IN.....VIA.....
CAP.....CF.....

PREVIO VERSAMENTO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA E TESSERAMENTO FCI DI EURO
_____ PER L'ANNO

EVENTUALI ALLERGIE (POLLINI,GRAMINACEE, PUNTURE DA INSETTO, ECC.)
.....

PERTANTO IL/LA SOTTOSCRITTO/A

- AI SENSI DELLA LEGGE 675/96 COSÌ COME INTEGRATA E MODIFICATA DAL DLVO 196/03 AUTORIZZA BIKE LAB S.M.C. AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI ,CON L'ESCLUSIONE DEI DATI SENSIBILI ,MEDIANTE RACCOLTA ,REGISTRAZIONE CODIFICAZIONE ED INSERIMENTO IN ARCHIVI CARTACEI OD INFORMATICI.
- AUTORIZZA ALTRESÌ LA DIFFUSIONE DEGLI STESSI AI SOLI FINI SPORTIVI O ORGANIZZATIVI 'SEMPRE IN RELAZIONE ALLE FINALITÀ SPORTIVE.
- AUTORIZZA L'INSERIMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI NELLA BANCA DATI BIKE LAB S.M.C., CONSULTABILE ANCHE A TERZI ,VIA INTERNET.
- DICHIARA DI ESSERE A CONOSCENZA CHE EVENTUALI DANNI CAUSATI A TERZI DAL PROPRIO FIGLIO NON SARANNO OGGETTO DI RIMBORSO DA PARTE BIKE LAB S.M.C
- DICHIARA CHE IL PROPRIO FIGLIO NON PRESENTA CONTROINDICAZIONI IN ATTO PRATICA DEL CICLISMO ED ALLEGA ALLA RICHIESTA ASSOCIATIVA CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE LA BUONA SALUTE (PER LE CATEGORIE GIOVANISSIMI O CICLOTURISMO O PROMOZIONE GIOVANILE) O CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA (PER TUTTE LE ALTRE CATEGORIE)CON VALIDITÀ ANNUALE.
- SI IMPEGNA A FA SOTTOPORRE IL PROPRIO FIGLIO ANNUALMENTE AGLI ACCERTAMENTI DI CUI SOPRA PRIMA DELLA SCADENZA DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ E A CONSEGNARLO AL DIRETTORE SPORTIVO DI BIKE LAB S.M.C .
- SI IMPEGNA A COMUNICARE L'ASSUNZIONE DI FARMACI DA PARTE DEL PROPRIO FIGLIO TEMPESTIVAMENTE E COMUNQUE PRIMA DELLA PARTECIPAZIONE A COMPETIZIONI AGONISTICHE.
- SI IMPEGNA A FAR RISPETTARE AL PROPRIO FIGLIO LO STATUTO DI BIKE LAB S.M.C. E A TENERE UNA CONDOTTA SPORTIVA LEALE , NONCHÉ UN COMPORTAMENTO CORRETTO ED EDUCATO DURANTE L'ESECUZIONE DEI CORSI DI MTB NEI CONFRONTI DI ALLENATORI E COMPAGNI DI SQUADRA

IL GENITORE E L'ATLETA _____ ACCETTANO E SI IMPEGNANO A
RISPETTARE IL REGOLAMENTO INTERNO ALL'ASSOCIAZIONE CHE VIENE CONSEGNATO
AL MOMENTO DELL'ASSOCIAZIONE STESSA
AUTORIZZO IL TRATTAMENTO DEI MIEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL DECRETO
LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N. 196 "CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI
PERSONALI";

DATA E FIRMA DEL GENITORE
