Tesserato N° \_\_\_\_/2022

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) e residente in via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_), richiedo con la presente di essere affiliato presso la ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA RUGBY VALCUVIA, con sede in Via Noga, 535 – Cassano Valcuvia (VA), a titolo di (segnare l’alternativa corretta):

* **SOCIO OPERATIVO**  
  (Giocatore, Allenatore, Dirigente, Accompagnatore, Fondatore)
* **SOCIO SOSTENITORE**

| **DATI ESERCENTE DELLA PATRIA POTESTÀ’ O TUTORE LEGALE (per atleti minorenni)**  Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Data e luogo di Nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_)  Telefono di riferimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indirizzo Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Grado di Parentela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Che esercita la responsabilità genitoriale/ è tutore di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  a conoscenza di quanto prescritto dall’art.76 D.P.R.28 Dicembre 2000 n.445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell’art.46, comma 1, del citato D.P.R.445/2000, dichiara che i dati riportati corrispondono al vero.  DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| --- |

Richiedendo l’affiliazione al Vs. associazione:

* **DICHIARO** di aver letto e compreso lo **STATUTO** **E IL REGOLAMENTO** dell’ASD Rugby Valcuvia e mi impegno a rispettare i principi ivi riportati;
* **DICHIARO** di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati nel rispetto della privacy dal Club, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.
* **AUTORIZZO** le riprese di foto e video relative alla documentazione delle attività sportive effettuate (partite e/o allenamenti) e la loro pubblicazione sul sito internet e sulle pubblicazioni del Club, ed anche eventualmente su giornali/programmi televisivi, al fine di rendere pubblica l'attività svolta.
* **MANLEVO L'A.S.D. RUGBY VALCUVIA**, quale organizzatrice dei corsi di Rugby presso il centro sportivo sito in Via Noga 535, Cassano Valcuvia (VA) e di eventuali trasporti da e verso i campi di allenamento e di gioco, da ogni responsabilità sia diretta che indiretta (attraverso allenatori, accompagnatori, dirigenti, volontari, ecc) per qualsiasi danno, incidente, infortunio o pregiudizio dovesse essere recatomi.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
(Genitore o tutore se minorenne)

Allegati:

* Fotocopia Fronte retro a colori di un mio documento d’identità;
* Certificato medico in corso di validità tipo agonistico (per gli atleti maggiori di anni 12);
* Certificato medico in corso di validità tipo “sana e robusta costituzione” (per gli atleti minori di anni 12);
* Certificato vaccinale;
* Nulla osta società di provenienza (in caso di trasferimento);
* Modello 12 per tesseramento FIR (solo per giocatori – dirigenti – accompagnatori).