

DOMANDA DI AFFILIAZIONE

ASS·NE POL·DIL· NEW EUR

JUNIOR

Via Vigna Murata 90 - tel·065034180

NOME E COGNOME		C.F.		ANNO ISCRIZIONE
Residente in:				
INDIRIZZO		C.A.P.	LUOGO E DATA DI NASCITA	
REGIONE	TELEFONO FISSO	FAX	E-MAIL	
CELLULARE	CELLULARE 2	TELEFONO LAVORO	CORSO ADULTI	

Il sottoscritto atleta chiede l'iscrizione di se stesso alla Ass.Pol.Dil. New Eur Junior per l'anno 20 / 20 / e DICHIARA, nell'accettare lo statuto e i regolamenti dell'Ass. Pol.Dil. New Eur junior, di essere in possesso della idonea certificazione Medica per l'attività praticata.

L'atleta dichiara sotto la propria responsabilità di partecipare alle attività sportive ed alle manifestazioni organizzate dalla Ass. Pol. Dil. New Eur.Junior in forma spontanea e senza nessun vincolo e obbligo di partecipazione in quanto organizzate in forma dilettantistica e di svago. Dichiara Altresì di non richiedere il risarcimento dei danni alla Ass.PoL.Dil. New Eur Junior per infortuni non rimborsati dalla società di assicurazione.

Il sottoscritto atleta, dichiara inoltre in base al consenso scritto validamente, ai sensi dell'art.11 della legge n. 196/03 di autorizzare l'Ass.Pol. Dil. New Eur Junior ad utilizzare e gestire, per i suoi fini istituzionali, i nominativi dei propri soci ai sensi della legge n. 196 del30/06/03.

Firma Socio

DATA DI PRESENTAZIONE	NOME E NUMERO DEL DOCUMENTO	FIRMA
-----------------------	-----------------------------	-------