



## Tesseramento anno 2018

- Verificare che tutti i dati inseriti sui moduli siano esatti,
- Per i nati dal **2004** in poi, è necessaria una foto, contattare al Campus il Tecnico del mezzofondo Giuliano Fornasari o Dino che provvederanno a scattarla.
- Allegare il certificato medico agonistico, in corso di validità, se sprovvisti, prenotare la visita tramite il C.U.P. ( **800651941** ) quanto prima.

QUOTA € \_\_\_\_\_

- Promesse (anno 1998/1997) -

In contanti o con bonifico effettuato a favore di A.S.D. Atletica Piacenza – Banca BCC Credito Cooperativo –  
**IBAN n. IT 08 T083 2433 1800 0000 0123 964 causale nome e cognome dell'atleta.**

La quota comprende (**nuova iscrizione**): il tesseramento annuale fino al 31/12/ 2018, **P L Q L P R 2 allenamenti settimanali, la maglietta sociale, il portascarpe, l'Assicurazione** stipulata dalla FIDAL i dettagli della copertura assicurativa possono essere consultati sul nostro sito internet: [www.atleticapiacenza.it](http://www.atleticapiacenza.it) – sezione “Convenzioni” cliccando sull'apposito link “Convenzione Assicurativa Fidal), l'ingresso al Campus Pino Dordoni nei giorni e negli orari concordati con il proprio allenatore, l'utilizzo della Palestra del Marcora (pallone) nella stagione invernale, i trasferimenti e le iscrizioni alle gare per tutta la stagione agonistica, il servizio autobus granturismo per tutte le trasferte relative alle gare di squadra.

/ D 6 R F L H W j X Ø FL R QU WL W IH EU XY WDVRS CHIGVULH F  
W U D V I H U W H S D U W L F R O D

### Ricordiamo anche le convenzioni con :

- Centro di chinesioterapia e riabilitazione Unique di Via Gorra a Piacenza che riserva agli atleti sconti diversi a seconda delle prestazioni; tel. **0523 578265**
- Poliambulatorio Belvedere in Via Martiri della Resistenza, per effettuare le visite medico sportive; tel. **0523453418**
- Dr. Conti in Via Colombo 44 per ecografie ed assistenza per prenotazioni con tempi brevi presso Centri a Lodi o Cremona per esami più diagnostici; tel. **0523 609546**

**F.I.D.A.L. - FEDERAZIONE ITALIANA DI ATLETICA LEGGERA - Richiesta di Tesseramento**

	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	
cognome	nome		sexso
/ /	luogo	cittadinanza (per atleti stranieri)	
data di nascita (gg/mm/aaaa)			
residenza: via/piazza	civico	c.a.p.	città prov.
codice fiscale		professione	
telefono abitazione	cellulare	e-mail	
X firma dell'atleta o chi esercita la potestà parentelare			
<small>In relazione all'informativa fornita ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 si prende atto che con la sottoscrizione del presente modulo i dati personali riguardanti i tesserati verranno trattati dagli incaricati della Federazione Italiana di Atletica Leggera per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1 a dell'informativa. In particolare si presta il consenso al trattamento dei dati necessario all'espletamento di tutte le attività strumentali alla realizzazione delle finalità istituzionali della FIDAL, ivi compresa la diffusione, anche a mezzo stampa e televisione, delle informazioni relative alle competizioni organizzate ed agli esiti delle stesse.</small>			
<small>Si specifica che, qualora si negasse il consenso al trattamento o alla trasmissione dei dati di cui sopra per le finalità di tipo istituzionali, la FIDAL si troverà costretta a non dar seguito alla richiesta di affiliazione/riaffiliazione.</small>			
<input type="checkbox"/> Presto il consenso		<input type="checkbox"/> Non presto il consenso	
<small>Si esprime, inoltre, il consenso alla comunicazione dei dati per finalità di marketing e promozionali a terzi con i quali la FIDAL abbia rapporti di natura contrattuale (punto 1b dell'informativa), e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dai contratti.</small>			
<input type="checkbox"/> Presto il consenso		<input type="checkbox"/> Non presto il consenso	
<small>Il sottoscritto dichiara di conoscere ed accettare quanto stabilito dallo Statuto federale e dal Regolamento Organico</small>			
X		Data	
Firma		Data	

AMA	ESO	RAG	CAD	ALL	JUN	PRO	SEN	MAS
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

categoria (contrassegnare la categoria corrispondente)

	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%; height: 20px;"></td> <td style="width:15%; height: 20px;"></td> <td style="width:15%; height: 20px;"></td> <td style="width:15%; height: 20px;"></td> <td style="width:15%; height: 20px;"></td> </tr> </table>					
società	codice FIDAL					

NUOVO TESSERATO

TRASFERIMENTO \_\_\_\_\_ società di provenienza

DUPLICATO

data di primo tesseramento alla \_\_\_\_\_ / /  
attuale società di appartenenza (gg/mm/aaaa)

Il sottoscritto dichiara che l'atleta è in regola con le disposizioni vigenti, in materia di tutela sanitaria delle attività sportive per quanto concerne la certificazione di idoneità prevista per la categoria di appartenenza, conservata agli atti della società (D.M. 18/02/1982).

.....  
firma del Presidente della società

RISERVATO ALLA FIDAL

---

Comitato Regionale \_\_\_\_\_ data (gg/mm/aaaa)  
timbro e firma



# ATLETICA PIACENZA



ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA ATLETICA PIACENZA

c/o Cappia Sabina via Stevani, n°12 29122 PIACENZA Tel 338-9087477 e-mail:atleticapiacenza@atleticapiacenza.it www.atleticapiacenza.it

Si richiede il tesseramento all'Associazione Sportiva ATLETICA PIACENZA in qualità di Atleta dietro autorizzazione del genitore che sottoscrive la presente

Il sottoscritto (nome del ragazzo/a)

\_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

Residente in V./P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

Si allega al presente modulo:

- Fotocopia del certificato medico sportivo agonistico con scadenza il. \_\_\_\_\_
- Fotocopia del libretto dello sportivo con scadenza il \_\_\_\_\_
- In attesa di fornire copia della certificazione medica, il genitore si assume tutte le responsabilità inerenti l'attività sportiva

**DATA** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

(del genitore)

INFORMATIVA : Ai sensi dell' Art.13 del Decreto Legislativo 196/2003, si informa che i dati forniti all'atto del Tesseramento formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa richiamata. Tali dati verranno trattati esclusivamente per lo svolgimento delle attività istituzionali (promozione, diffusione, organizzazione, regolamentazione e pratica dell' Atletica Leggera) e secondo le seguenti finalità 1 – finalità connesse alla gestione dei rapporti con tesserati e affiliati (es. raccolta delle generalità); 2 – finalità connesse al rispetto di obblighi previsti da disposizioni vigenti (es. adempimenti fiscali); 3- finalità connesse e strumentali all'attività della Federazione (es. tesseramento). Nell' ambito suddetto i dati potranno essere trattati mediante strumenti manuali, informatici e telematici in modo da garantire la sicurezza degli stessi e potranno essere divulgati con il consenso degli interessati. Gli interessati sono titolari dei diritti di cui all'art. 7 del D.L. 196/2003. Titolare e responsabile del trattamento è l'associazione sportiva dilettantistica ATLETICA PIACENZA, in persona del suo legale rappresentante pro- tempore.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Autorizzo l'associazione ATLETICA PIACENZA a trattare i dati personali oggetto di raccolta come sopra riportato.

SI NO

AUTORIZZO la pubblicazione di foto o immagini riferite a mio figlio sul sito internet della Società ([www.atleticapiacenza.it](http://www.atleticapiacenza.it)) e sui quotidiani locali.

SI NO

Firma

\_\_\_\_\_  
(del genitore)