

MODULO D’ISCRIZIONE

**VOLLEY SUMMER CAMP 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome**  | **Cognome**  |
| **Data di nascita**  | **Luogo di nascita**  |
| **Codice fiscale**  | **Indirizzo**  |
| **Città**  | **CAP**  |
| **Cell. genitore** | **Cell. atleta** |
| **Scadenza certificato medico** | **Email**  |
| **Gruppo di provenienza (2023-24):**  |

**NOTE (indicare per esempio numero di settimane o altro)**

......................................................................................................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................

CERTIFICATO MEDICO: Per gli atleti già tesserati alla Dinamo Pallavolo Bellaria Igea Marina e Idea Volley è valido il certificato medico
consegnato alla propria società. Per i nuovi tessereati (o nel caso sia scaduto) ogni partecipante dovrà consegnare, prima dell’inizio, un certificato medico di sana e robusta costituzione. Sono accettate anche fotocopie.

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:. I dati forniti saranno trattati nel rispetto del Reg. UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali. I dati che la riguardano, trattati anche con strumenti informatici, verranno utilizzati unicamente per aggiornarla sulle iniziative e servizi
promossi dalla Pallavolo Bellaria Igea Marina, anche in collaborazione con altre istituzioni. Per garanzia di riservatezza non saranno
comunicati e diffusi a terzi. E' suo diritto chiederne in ogni momento la modifica o la cancellazione, rivolgendosi al responsabile della
tutela. Compilare e inviare questo modulo significa sottoscrivere al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all’informativa citata.

USO DELL'IMMAGINE: Accosento all'uso dell'imagine mia o di chi da me tutelato, su supporto video e/o fotografico nell'ambito dei fini istutizionali della Pallavolo Bellaria Igea Marina e alla sua eventuale divulgazione e/o pubblicazione in formato elettronico e/o cartaceo.

ASSICURAZIONE: Dichiaro di accettare la polizza assicurativa rinunciando a qualsiasi risarcimento di danni eccedenti i valori massimali in essa previsti.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e Nome (genitore) Firma (genitore)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_