TEAM TRIANGOLO LARIANO LAGO DI COMO A.S.D.
Via C. Battisti, 7/Q - 22036 ERBA (CO) - P.IVA/C.F. 03235360132
www.teamtriangololariano.it - Nordic walking Team Triangolo Lariano Lago di Como e Brianza
e-mail: teamtriangololarianosegreteria@gmail.com

DOMANDA DI TESSERAMENTO / ASSICURAZIONE CORSI 2024/2025

La sottoscritta / Il sottoscritto, presentato/a da Istruttrice/Istruttore _____

Cognome _____ Nome _____

Nata/o a _____ Il _____

Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Residenza _____ Via _____ CAP _____ Prov. _____

Cellulare _____ Telefono _____

Email _____ Data scadenza visita medica |_|_|_|_|_|_|_|_|

Chiede di essere tesserato al TEAM TRIANGOLO LARIANO LAGO DI COMO A.S.D.
con la qualifica di Istruttore / Atleta per l'anno 2024/2025, versando l'importo di:

☐ Euro 20,00 per copertura assicurativa ACSI, per attività non agonistica e ricreativa.

☐ Euro 27,00 per copertura assicurativa per attività agonistica.
tramite bonifico bancario alla BCC Credito Cooperativo, Filiale di Erba, IBAN: IT31C0832951270000000201701 oppure rimessa diretta con contanti o assegno bancario.

☐ Dichiaro di essere in possesso del certificato medico agonistico e di consegnarlo in originale alla segreteria del TEAM TRIANGOLO LARIANO LAGO DI COMO A.S.D. (solo per agonisti).

☐ Dichiaro di essere in possesso del certificato medico per attività sportiva "non agonistica" e di consegnarlo in originale alla segreteria del TEAM TRIANGOLO LARIANO LAGO DI COMO A.S.D. (per i praticanti di attività sportive non agonistiche).

- Dichiaro di non iscrivermi ad alcuna manifestazione sportiva riferendomi a codesto tesseramento se il mio certificato risulta scaduto o risulta per qualsiasi motivo non valido. Nel caso in cui mi dovessi iscrivere ad una manifestazione non avendo il certifcato medico in vigore, mi assumo tutte le responsabilità del caso ed esonero completamente il presidente del TEAM TRIANGOLO LARIANO LAGO DI COMO A.S.D. e tutta l'associazione da qualsiasi genere di responsabilità.
- Dichiaro di rispettare i regolamenti specifici delle manifestazioni a cui parteciperò.
- Mi impegno a mantenere un comportamento leale, sportivo ed educato in allenamento e in gara e durante le varie uscite di nordic walking e camminata sportiva (cod. CONI AF006) e/o cicloturismo (cod. CONI AX012) su percorsi ben segnalati e battuti che non presentano problemi di orientamento e non richiedono particolare esperienza o preparazione
- Dichiaro che i dati forniti corrispondono a verità, consapevole che eventuali dichiarazioni false comporteranno la mia espulsione dall'associazione sportiva dilettantistica.
- Dichiaro di prestare il consenso al trattamento dei dati personali effettuato dal TEAM TRIANGOLO LARIANO LAGO DI COMO A.S.D. che verranno trattati nel rispetto della normativa vigente sulla privacy (Regolamento UE 2016/679).
- Autorizzo il TEAM TRIANGOLO LARIANO LAGO DI COMO A.S.D. all'invio di informazioni inerenti lo sport o iniziative promozionali e commerciali, via mail, sms, o posta ordinaria; e consento l'utilizzo di fotografia, immagini, filmati, registrazioni, derivanti dalla mia iscrizione al TEAM TRIANGOLO LARIANO LAGO DI COMO A.S.D., per ogni legittimo scopo anche pubblicitario, senza nulla pretendere, in conformità alle leggi in vigore sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679).
- Il tesseramento sarà rinnovato annualmente a condizione del versamento della quota associativa.

* Obbligo per i minori la firma di chi esercita la Patria Potestà.

Data _____ Firma (leggibile) _____ Rilasciata Tessera ACSI N° _ _ _ _ _ _ _ N° TEAM _ _ _