



DOMANDA DI AMMISSIONE COME SOCIO//RINNOVO TESSERA

Socio N.

Spett.le
MOLO FRATELLI BANDIERA, 1
34123 TRIESTE

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ Prov. _____ il ___/___/___

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Carta Identità n° _____ rilasciata da _____ in data ___/___/___

telefono ___/___/___ cellulare _____ e-mail _____

Dati dell'Amministratore di sostegno o del padre (o chi ne esercita la podestà) in caso di minore.

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ___/___/___

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____

telefono _____ cellulare _____ e-mail _____

Dati della madre in caso di minore.

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ Prov. _____ il ___/___/___

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____

Cellulare _____ E-mail _____

CHIEDE di poter essere ammesso/a in qualità di Socio all'**A.S.D. Acquamarina Team Trieste Onlus**

RINNOVA la quota associativa per l'anno sportivo _____.

Segue 



DICHIARA

- Di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento Interno, di accettarlo e di rispettarlo in ogni suo punto;
- Di impegnarsi al pagamento della Quota Associativa Annuale e dei Contributi Associativi, a seconda delle attività scelte;
- Di aver preso visione dell'informativa sulla Privacy allegata.
- Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 196/2003 e del GDPR 679/2016 per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione e nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi fiscali, legali ed assicurativi previsti dalle norme.
- Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 del decreto legislativo 196/2003 e del GDPR 679/2016 per la realizzazione di iniziative di profilazione e di comunicazione diretta (via mail, messaggistica telefonica, posta ordinaria) per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione.

Autorizzo la fotografia e/o la ripresa del sottoscritto/del mio assistito/del minore, effettuate ai soli fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività e/o delle manifestazioni organizzate dall'Associazione:

SI

NO

Acconsento al trattamento e alla pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini atte a rilevare l'identità del sottoscritto/del mio assistito/del minore, sul sito web e sul periodico dell'Associazione e nelle bacheche affisse nei locali della medesima:

SI

NO

Acconsento all'uso dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 D.lgs.n. 196/2003 e del GDPR 679/2016 per la realizzazione di iniziative di profilazione e di comunicazione diretta (via mail, messaggistica telefonica, posta ordinaria) a fini di marketing sia diretti che di partner esterni:

SI

NO

Pagamento Quota Associativa € _____

Luogo _____ Data ___/___/_____

FIRMA _____

(in caso di Amministratore di Sostegno o Socio minorenni, firma del PADRE)

FIRMA _____

(in caso di Socio minorenni firma anche della MADRE)