



FEDERAZIONE ITALIANA PESISTICA



FEDERAZIONE
SPORTIVA NAZIONALE
RICONOSCIUTA
DAL CONI

Tesseramento
Atleti Agonisti fuori sede

S2
AG-FS



Disciplina Sportiva
Paralimpica riconosciuta dal
Comitato Italiano Paralimpico

Denominazione Associazione/Società

| | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|
| <i>Codice Federale</i> | | | | | |
| | | | | | |

ANNO 2016

La quota associativa comprensiva dell'assicurazione annuale per gli Atleti Agonisti è di € 8.00
PER GLI ATLETI MINORENNI E' OBBLIGATORIA LA FIRMA DI CHI ESERCITA LA POTESTA' PARENTALE

| | | | | |
|-------------------------|--|-----------------------------|---|--------------|
| <i>Cognome</i> | | <i>Nome</i> | | <i>Sesso</i> |
| | | | | |
| <i>Luogo di nascita</i> | <i>Data di nascita</i> | <i>Nuovo Tess</i> | <i>Firma del genitore (in caso di minori)</i> | |
| | | Si No | | |
| <i>Indirizzo</i> | <i>CAP</i> | <i>Località</i> | <i>PR</i> | |
| | | | | |
| <i>Tel/Cell</i> | <i>Email</i> | <i>Firma dell'Atleta</i> | | |
| | | | | |
| <i>*Atleta di</i> | <i>PESISTICA OLIMPICA</i> <input type="checkbox"/> | <i>DISTENSIONE SU PANCA</i> | <input type="checkbox"/> | |
| <i>*Codice Fiscale</i> | | | | |

* Campo Obbligatorio

Il Presidente/Legale Rappresentante della Associazione /Società Sportiva,

Sig. _____

dichiara di essere a conoscenza e di autorizzare il proprio Atleta sopra indicato, ad allenarsi presso:

• Associazione /Società Sportiva _____ con sede a _____ in _____

• Struttura Privata con sede a _____ in _____

Luogo e data: _____ il ___ / ___ / ____

Il Presidente /Legale Rappresentante dell'Associazione/Società Sportiva Firma _____

Firma dell'Atleta _____

Il Presidente/Legale Rappresentante dell'Associazione/Società Sportiva suddetta conferma la veridicità di quanto riportato nel presente Modello; inoltre, dichiara sotto la propria responsabilità di aver provveduto a formalizzare la posizione sanitaria degli Atleti di cui sopra come prescritto dalla Legge e di custodire presso la Segreteria dell'Associazione/Società Sportiva la relativa documentazione.

CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (EX ART.13 D.LGS. N.196/2003)

In relazione all'informativa pubblicata all'interno delle Norme e Procedure Affiliazione e Tesseramento della FIPE (2ª parte Pagg. 40 e 41) si prende atto che con la sottoscrizione del presente Modello i dati personali riguardanti i tesserati verranno trattati dagli incaricati della FIPE per il raggiungimento delle finalità di cui al punto 1a dell'informativa e, salvo negazione del consenso degli interessati da esprimersi formalmente compilando il previsto Modello (pubblicato a pag.10 della 3ª parte), per le finalità di cui al punto 1b.

In relazione all'informativa sulla TUTELA SANITARIA E SULLA LOTTA AL DOPING, pubblicata nel sito federale www.federpesistica.it, il Presidente dell'Associazione/Società Sportiva suddetta dichiara sotto la propria responsabilità di averne informato i propri tesserati e di averne acquisito la conferma di presa visione e accettazione utilizzando il Modello (pubblicato a

Il Presidente /Legale Rappresentante dell'Associazione/Società Sportiva

Firma _____

Luogo e data, _____ / _____ / ____

FIPE - Viale Tiziano, 70 - 00196 Roma - tel. 06-8797.3011/3012 - fax 06-8797.3031

Sito web: www.federpesistica.it info: tesseramento@federpesistica.it tesseramento1@federpesistica.it