



FEDERAZIONE ITALIANA PESISTICA



FEDERAZIONE  
SPORTIVA NAZIONALE  
RICONOSCIUTA  
DAL CONI

Tesseramento  
Atleti Agonisti

S2/AG



Federazione Sportiva  
Paralimpica riconosciuta dal  
Comitato Italiano Paralimpico

Denominazione Associazione/Società \_\_\_\_\_

Codice Federale \_\_\_\_\_

**ANNO 2017**

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

Cognome _____	Nome _____	Sesso _____
---------------	------------	-------------

*Luogo di nascita _____	PR _____	*Data di nascita _____	Nuovo Tess Si No	*Firma del genitore (in caso di minori) _____
-------------------------	----------	------------------------	---------------------	---

Indirizzo _____	CAP _____	Località _____	PR _____
-----------------	-----------	----------------	----------

Tel/Cell _____	Email _____	*Firma dell'Atleta _____
----------------	-------------	--------------------------

*Atleta di PESISTICA OLIMPICA <input type="checkbox"/>	DISTENSIONE SU PANCA <input type="checkbox"/>
--	---

\*Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Cognome _____	Nome _____	Sesso _____
---------------	------------	-------------

*Luogo di nascita _____	PR _____	*Data di nascita _____	Nuovo Tess Si No	*Firma del genitore (in caso di minori) _____
-------------------------	----------	------------------------	---------------------	---

Indirizzo _____	CAP _____	Località _____	PR _____
-----------------	-----------	----------------	----------

Tel/Cell _____	Email _____	*Firma dell'Atleta _____
----------------	-------------	--------------------------

*Atleta di PESISTICA OLIMPICA <input type="checkbox"/>	DISTENSIONE SU PANCA <input type="checkbox"/>
--	---

\*Codice Fiscale \_\_\_\_\_

\* Campo Obbligatorio

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 (2<sup>a</sup> 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 3<sup>a</sup> 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](http://www.federpesistica.it), il Presidente/Legale Rappresentante 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 pag.11 della 3<sup>a</sup> parte) che deve essere custodito presso la Segreteria della Società Sportiva ed esibito, se richiesto dalla FIPE.

Il Presidente /Legale Rappresentante dell'Associazione/Società Sportiva

Luogo e data, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

FIPE - Viale Tiziano, 70 - 00196 Roma - tel. 06-8797.3011/3012 - fax 06-8797.3031  
[www.federpesistica.it](http://www.federpesistica.it) info: [ricelli.tesseramento@federpesistica.it](mailto:ricelli.tesseramento@federpesistica.it) [martini.tesseramento@federpesistica.it](mailto:martini.tesseramento@federpesistica.it)