

Domanda d'ammissione



Richiesta di Tesseramento

Centro studi
A Passo di Danza a.s.d.

Domanda d'ammissione

COGNOME E NOME (Allievo) _____

In caso di minore : Cognome e Nome del genitore _____ C.F.: _____

*** i dati anagrafici che seguono si devono riferire all'allievo**

NATO/A A _____ IL _____ COD. FISCALE _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ C.A.P. _____

TEL. _____ MAIL (stampatello) _____

CHIEDO DI ESSERE AMMESSO QUALE SOCIO DELL'ASSOCIAZIONE E DI ESSERE AMMESSO AL CORSO/WORKSHOP DI

Sottoscrivendo l'iscrizione prendo visione e accetto le clausole del regolamento e dello statuto nonché dell' informativa e consenso al trattamento dei dati personali. La domanda ha validità fino al 31/08, per l'anno successivo dovrà essere ripresentata e pagata la relativa quota associativa

OBBLIGATORIO PRESENTARE UN CERTIFICATO MEDICO PER FREQUENTARE TUTTE LE ATTIVITA'

LUOGO E DATA

LA/IL SOTTOSCRITTA/O

(o il genitore esercente la potestà parentale)

Delega per il Tesseramento Endas

Io sottoscritto (Allievo) _____

In caso di minore : Cognome e Nome del genitore _____

DELEGO CENTRO STUDI A PASSO DI DANZA a.s.d. a provvedere al tesseramento all'ente di promozione sportiva ENDAS.

LUOGO E DATA

LA/IL SOTTOSCRITTA/O

(o il genitore esercente la potestà parentale)

Dati Allievo e Privacy

Cognome _____ Nome _____ C.F.: _____

Nato a _____ il _____

Residente in via _____ N° _____

Città _____ Prov. _____

Tel _____ Cell _____ E-mail _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali (o quelli di mio figlio/a in caso di allievo minorenni) ai sensi dell'art.13 d.lgs. 30 giugno 2003 n° 196 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art.13 GDPR 679/16 "Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali" e consento al loro trattamento, e all'utilizzo dell'immagine mia (o di mio figlio/a in caso di allievo minorenni) in formato fotografico, video e audio, nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e promozionali. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutaria.

Luogo e Data

Per accettazione

(o il genitore esercente la potestà parentale)

Accettazione del Regolamento

Io sottoscritto/a _____

Genitore dell'allievo/a _____

DICHIARO:

di aver presa visione delle condizioni e ricevuto copia del regolamento, accettando espressamente quanto in esse contenuto; I soci frequentatori e i loro accompagnatori sono tenuti ad un corretto comportamento sia nelle relazioni interne che con terzi,

Luogo e Data

Per accettazione

(o il genitore esercente la potestà parentale)

Assenso al Saggio

Sì, parteciperò al Saggio

NO, non parteciperò al Saggio

TEL: 3663173199

VIA BONFIGLIOLI 9/A - 40050 CALDERINO DI MONTE SAN PIETRO (BO)

CF: 91410580376 - P.IVA: 03741771202

Email: apassodidanza.bo@gmail.com - www.centrostudiapassodidanza.it