



MODULO ADESIONE SOCIO/TESSERATO MINORENNE

Il/La sottoscritto/a

Cognome	_____	Nome	_____
Nato a	_____ Prov. _____	Il	_____
Residente in	_____	Comune	_____
C.a.p.	_____	Provincia	_____
Telefono	_____	E-mail	_____
Genitore	_____	C. Fiscale	_____

Chiede di essere ammesso in qualità di socio/tesserato al sodalizio e dichiara inoltre di aver ricevuto tutte le informative sulle condizioni di polizza e dichiara di aver scelto la seguente polizza (**barrare la scelta**):

Tessera Silver Base € ____;

Massimali morte e invalidità permanente: € 80.000,00 / Copertura per frattura naso: € 150,00 / Franchigia invalidità permanente al 9%

• **Tessera Gold Base € ____;**

Massimali morte e invalidità permanente: € 80.000,00 / Rottura occhiali: € 100,00 / Rimborso spese mediche fino a € 500,00 con Invalidità permanente superiore al 3% / Diaria gesso compresi tutori non rimovibili autonomamente € 20,00 al giorno (per max 10 giorni) / Franchigia invalidità permanente: 8% (anche per attività pericolose)

• **Tessera Integrativa A € ____;**

Massimali morte e invalidità permanente: € 80.000,00 / in aggiunta alla tessera base €50,00 diaria giornaliera da ricovero e 30 da gesso per un massimo di 30 giorni franchigia 5 giorni / € 1.000,00 rimborso spese sanitarie franchigia € 150,00

• **Tessera Integrativa B € ____;**

Massimali morte e invalidità permanente: € 80.000,00 / in aggiunta alla tessera base € 100,00 diaria giornaliera da ricovero e 50 da gesso per un massimo di 30 giorni franchigia 5 giorni / € 2.000,00 rimborso spese sanitarie franchigia € 150,00 / € 2.000,00 rimborso spese odontoiatriche franchigia € 200,00

Dichiara di aver preso visione dello Statuto e dei Regolamenti dell'associazione, di accettarli integralmente e incondizionatamente, di fare quanto sia nelle sue possibilità e capacità per il raggiungimento dei fini istituzionali dell'associazione.

Allegare certificato medico richiesto per l'attività praticata

- L'iscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere in possesso del certificato medico di idoneità psicofisica alla pratica sportiva che intende esercitare, sollevando l'associazione sportiva, gli istruttori e le persone incaricate da qualsiasi responsabilità civile e penale al riguardo. L'iscritto si impegna a consegnare il certificato medico di idoneità psicofisica in segreteria. L'iscritto garantisce, sotto la propria responsabilità la veridicità delle informazioni fornite nel presente modulo, impegnandosi a comunicare qualsiasi variazione ai dati forniti sul presente modulo di iscrizione.

L'iscritto dichiara di aver preso visione del presente modulo di iscrizione, accettando ogni sua parte

Data _____

Firma genitore _____

Firma dell'over 14 per tesseramento _____

Firma del delegato del Consiglio Direttivo

Ratificato nel Consiglio Direttivo del giorno

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto _____, dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso:

- Lo statuto dell'associazione;
 - L'informativa per il trattamento dei dati personali ai soggetti affiliati ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 letta l'informativa che precede;
 - Regolamento interno 2025-2026;
 - Modello Organizzativo di Gestione e Controllo (MOG) e il codice di Condotta;
 - modulistica per la segnalazione di abusi, violenze e discriminazioni ai sensi del d.Lgs. 198/2006;
 - I contatti del responsabile Safeguarding nominato dalla A.s.d. ;
-
- acconsento al trattamento dei miei dati personali indicati nel modulo di tesseramento/adesione nelle modalità e per le finalità indicate nell'informativa, strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale di tesseramento e/o adesione socio; (nel caso di non acconsento non si potrà procedere alla domanda ed accedere alla nostra associazione)

☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

- autorizzo la pubblicazione delle immagini e/o video realizzate durante lo svolgimento di attività e manifestazioni previste dallo Statuto. La presente autorizzazione non consente l'uso delle immagini/video in contesti che pregiudichino dignità personale ed il decoro e comunque per uso e/o fini diversi da quelli sopra indicati. La posa e l'utilizzo delle immagini sono da considerarsi effettuate in forma del tutto gratuita.

☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

Luogo e Data _____

Firma genitore _____

Firma dell'over 14 per tesseramento

OPZIONALE – ESONERO RESPONSABILITA'

NOME COGNOME.....

Sesso [M] [F] Luogo e data di nascita.....

VIA Numero

LOCALITÀ PROV. CAP

TEL. CELL. EMAIL

IN QUALITA' DI ESERCENTE POTESTA' GENITORIALE DICHIARA

1. che il minore non è affetto/a da patologie psico- fisiche e di godere di sana e robusta costituzione;

2. di essere a conoscenza dei rischi e dei pericoli che l'attività sportiva dilettantistica comporta e peraltro di assumerli consapevolmente;

3. di autorizzare il minore a partecipare a

4. di assumermi sin d'ora ogni e qualsiasi responsabilità riguardo alla persona e/o alle cose del minoree, per danni personali e/o procurati ad altri e/o a cose a causa di un comportamento del minore;

5. per me, nonché per i miei eredi e aventi causa, di sollevare l'associazione Sinestesie APS e ASD, nonché i suoi collaboratori e i titolari dei locali in cui si svolgerà l'attività, da ogni responsabilità per lesioni e/o qualsiasi eventuale danno, anche causato da terzi, dovesse derivare alla persona del minore

..... in occasione e a causa dell'attività esercitata presso la struttura associativa. 6. Ai sensi e agli effetti del D.L. 30 giugno 2003 n. 196 e GDPR 679/2016 , autorizzo l'associazione come da modello precedente al trattamento, manuale e informatizzato, dei miei dati personali nonché di quelli di mio/a figlio/a, acconsento inoltre all'utilizzo del materiale da me fornito nell'ambito delle iniziative promosse dall' Associazione /società stessa. Dichiaro, inoltre di essere stato informato, ai sensi dell'art 13 del succitato D.L. e del GDPR 679/2016 del quale leggo informativa, circa tutti diritti i miei e di mio/a figlia in merito al trattamento dei dati personali e in particolare, che il conferimento dei dati richiesti è necessario affinché mio/a figlio/a possa prendere parte alla lezione e che l'eventuale rifiuto potrebbe comportare l'esclusione dalla lezione; che è mio diritto ai sensi dell'art. 7 D. L. e del GDPR 679/2016 richiedere notizia sul trattamento dei dati miei e di mio/a figlia, identificare il titolare del trattamento stesso, di oppormi al trattamento, richiedere comunicazione, cancellazione e trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati, l'aggiornamento, la rettifica e l'integrazione; che il titolare dell' Associazione Sinestesie è Veronica Albertini con sede in Viale della Repubblica 20 Offida a di aver attentamente letto e valutato il contenuto del presente documento e di aver compreso chiaramente il significato di ogni singolo punto prima di sottoscriverlo;

Luogo e data Firma

Ai sensi e agli effetti degli art. 1341 e 1342 c.c., dichiaro di approvare espressamente i punti sopra elencati

Luogo e data Firma