



Affiliato C.S.E.N.

**MODULO ADESIONE SOCIO/TESSERATO
MAGGIORENNE**

Il sottoscritto

Cognome _____ Nome _____
Nato a _____ Prov. (____) il ____/____/_____
Residente in via _____ Comune _____
C.a.p. _____ Provincia _____
Telefono ab _____ Cell. _____
E-mail _____
Tess. Nr _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO IN QUALITA' DI SOCIO/TESSERATO AL SODALIZIO E DICHIARA INOLTRE DI AVER RICEVUTO TUTTE LE INFORMATIVA SULLE CONDIZIONI DI POLIZZA E DICHIARA DI AVER SCELTO LA SEGUENTE POLIZZA. (BARRARE E FIRMARE ACCANTO)

- Tessera base €Morte e Invalidità Perm. € 80.000,00 / € 150,00 per fratture del setto nasale
No rimborso Spese Sanitarie
- Tessera Integrativa A €:Morte e Invalidità Perm. € 80.000,00/
in aggiunta alla tessera base € 10,00 diaria giornaliera da gesso E 20 euro di diaria da ricovero per un massimo di 30 giorni franchigia 5 giorni
€ 1.000,00 rimborso spese sanitarie franchigia € 150,00
- Integrativa B €: Morte e Invalidità Perm. € 80.000,00 /
in aggiunta alla tessera base € 25,00 diaria giornaliera da gesso e 40 euro da ricovero per un massimo di 30 giorni franchigia 5 giorni
€ 2.000,00 rimborso spese sanitarie franchigia € 150,00
€ 2.000,00 rimborso spese dentarie franchigia € 200,00

Dichiaro 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.

N.B. 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.

ALLEGA MODULO CONSENSO PRIVACY – GDPR 679/2016 – OBBLIGATORIO

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

Data _____

Firma _____

Firma del delegato del Consiglio Direttivo

Ratificato nel Consiglio Direttivo del giorno
