

DOMANDA DI AMMISSIONE ED ISCRIZIONE

**All'associazione sportiva dilettantistica ASD Pressing viale Bologna 302\B 47121 Forlì p.IVA
04418620409 affiliata UISP**

Io sottoscritto/a _____,
nato/a a _____, Prov (____), il _____,
residente a _____, in Via _____
nella qualità di genitore del/della minore

Cognome e Nome _____,
nato/a a _____, Prov (____), il _____,
residente a _____, in Via _____

CHIEDE DI ESSERE AMMESSO /A O DI AMMETTERE IL/LA FIGLIO/A MINORE

Come socio dell'associazione condividendone le attività istituzionali. Dichiaro di aver preso visione dello Statuto e del regolamento dell'associazione e di accettarne il contenuto.

_____/_____/_____
Firma

Come socio dell'Uisp, ente di promozione sportiva riconosciuto dal CONI, cui l'Associazione è affiliata, condividendone le finalità istituzionali. Dichiaro di aver preso visione dello Statuto e del regolamento Uisp e di accettarne il contenuto

_____/_____/_____
Firma

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la presente dichiaro di aver ricevuto l'informativa sui diritti connessi al trattamento dei miei dati personali da parte dell'Associazione, trattamento finalizzato alla gestione del rapporto associativo e all'adempimento di ogni obbligo di legge. Presto pertanto il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità sopra descritte ai sensi della legge sulla privacy.

_____/_____/_____
Firma

AUTOCERTIFICAZIONE di idoneità alla pratica sportiva non agonistica

Io sottoscritto/a _____,
nato/a a _____, Prov (____), il _____,
residente a _____, in Via _____

d i c h i a r o

sotto la propria responsabilità di essere in stato di buona salute psicofisica, di non
presentare controindicazioni alla pratica di attività sportiva agonistica e di essere
quindi idoneo all'attività di calcio a 5 della Ticolino **prevista per il periodo di ottobre 2025/luglio 2026.**

Con la presente sollevo il presidente ,tutti i soci e la Ticolino da ogni responsabilità e conseguenza di quanto può accadere prima, durante e dopo l'allenamento (legge settore non agonistico D.M. 28.02.1983 – tutela sanitaria).

La presente autocertificazione avrà una validità di 12 mesi a partire dalla data qui riportata:

FORLÌ, _____

In fede, _____