



## MODULO DI ISCRIZIONE 2015

Il sottoscritto,

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO IL \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_ NAZIONALITA' \_\_\_\_\_

RESIDENTE IN VIA \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROV \_\_\_\_\_

CELL: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

PROFESSIONE \_\_\_\_\_

Già giocatore tesserato F.I.G.

N. tessera \_\_\_\_\_ Exact Hcp \_\_\_\_\_

Trasferito da

Club di arrivo \_\_\_\_\_ (allegare se necessario nulla osta del circolo di provenienza o lettera di dimissioni firmata che Airone Golf Club invierà alla F.I.G.)

CERTIFICATO MEDICO per attività non agonistica valido fino al \_\_\_\_\_

(Allegare copia del certificato medico)

chiede di essere ammesso all'A.S.D. Airone Golf Club quale tesserato fuori sede al costo di 34,00 € + importo Tessera Federale (75,00 € adulto o professionista; 20,00 € juniores).

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del DLgs. 196/03

Data

Firma

## RACCOLTA DATI PERSONALI PER LA F.I.G.

“Ricevuta, ai sensi dell’art.13 D.lgs n. 196/2003, la informativa sul trattamento dei dati personali effettuato dalla Federazione Italiana Golf e dai soggetti, di seguito riportati, di cui la stessa FIG si avvale per il perseguimento delle finalità istituzionali proprie, manifesto il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, comuni e sensibili, compresi i dati indispensabili ad accertare la idoneità fisica alla partecipazione ad attività sportive o agonistiche”.

- CONINET Via Fiume delle perle 24 00144 ROMA (gestione movimenti HP dei tesserati).
- ASSITALIA Assicurazioni d’ Italia S.p.A. Corso d’Italia 33 00198 Roma (assicurazione R.C. ed INFORTUNI per i tesserati).

cognome

nome

firma leggibile

## ESTREMI DI PAGAMENTO

La quota associativa richiesta può essere versata tramite bonifico bancario sul C/C intestato a

Ghio Edoardo  
Banca Intesa San Paolo  
Agenzia di Castel Goffredo  
IBAN: IT86C0306957550100000002293

## PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA

Il presente modulo, debitamente firmato in ogni sua parte, può essere inviato

preferibilmente oppure	per posta elettronica tramite fax	all’indirizzo al numero	<a href="mailto:direzione@aironeuno.it">direzione@aironeuno.it</a> 0376 748148
---------------------------	--------------------------------------	----------------------------	---

allegando:

- la ricevuta del versamento mediante bonifico bancario (€ 34,00+importo tessera federale per un totale di 109,00 € oppure 54,00 €)
- Certificato medico
- eventuali (nulla osta, lettera di dimissioni...)

## PER QUALUNQUE CHIARIMENTO

Rivolgersi pure a:

preferibilmente oppure	e-mail cell cell	<a href="mailto:direzione@aironeuno.it">direzione@aironeuno.it</a> 335 7061109 in settimana (orario ufficio) 339 6372539 fine settimana
---------------------------	------------------------	---