

A.S.D. MODENA CALCIO FEMMINILE
ATLETA IN PROVA *(SCRIVERE IN STAMPATELLO, GRAZIE!)*

COGNOME E NOME _____

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____ NAZIONALITA' _____

RESIDENZA COMUNE _____ PROV _____ CAP _____

INDIRIZZO (VIA, VIALE, PIAZZA) _____ N _____

INDIRIZZO MAIL ***IN STAMPATELLO*** (necessaria per comunicazioni) _____

DOMICILIO (se diverso da residenza) _____

TELEFONO ABITAZIONE _____ CELLULARE _____

CELLULARE per comunicazioni _____

GENITORE O RESPONSABILE: _____

CHIEDE di partecipare al PERIODO DI PROVA per l'attività di CALCIO

- Dichiaro di essere a conoscenza che, sino alla data dell'iscrizione definitiva, l'atleta in prova non sarà tutelato da copertura assicurativa fornita con il tesseramento agli Enti di Promozione sportiva;
- Dichiaro di consegnare il certificato medico in corso di validità dell'atleta in prova;
- Dichiaro di esonerare ASD MODENA CALCIO FEMMINILE ed ogni suo dipendente o incaricato da ogni e qualsivoglia responsabilità per danni a persone o cose che il minore dovesse causare nel periodo di prova nello svolgimento dell'attività sportiva;
- Dichiaro di esprimere sin d'ora il proprio CONSENSO al trattamento dei dati che lo riguardano, da parte della ASD MODENA CALCIO FEMMINILE, nei limiti necessari al perseguimento degli scopi statutari.

IN FEDE

_____ li _____ (*)

(*) per i minori di età, firma di chi ne ha la legale rappresentanza

ASD MODENA CALCIO FEMMINILE Stradello del Luzzo 130 - 41126 MODENA TEL 328 85 75 757
Sito internet: www.modenacalciofemminile.it Mail amministrazione - iscrizioni:
info@modenacalciofemminile.it

CHIEDE di partecipare al PERIODO DI PROVA per l'attività di CALCIO

- Dichiaro di essere a conoscenza che, sino alla data dell'iscrizione definitiva, l'atleta in prova non sarà tutelato da copertura assicurativa fornita con il tesseramento agli Enti di Promozione sportiva;
- Dichiaro di consegnare il certificato medico in corso di validità dell'atleta in prova;
- Dichiaro di esonerare ASD MODENA CALCIO FEMMINILE ed ogni suo dipendente o incaricato da ogni e qualsivoglia responsabilità per danni a persone o cose che il minore dovesse causare nel periodo di prova nello svolgimento dell'attività sportiva;
- Dichiaro di esprimere sin d'ora il proprio CONSENSO al trattamento dei dati che lo riguardano, da parte della ASD SAN PAOLO, nei limiti necessari al perseguimento degli scopi statutari.

IN FEDE

_____ li _____ (*)

