

A.S.D. PALLACANESTRO MIRANO
CENTRO MINIBASKET MIRANO

Modulo d'iscrizione al Corso Femminile Anno Sportivo 2010/2011

DATI DELL'ATLETA

NOME.....COGNOME.....
NATO/A A.....IL.....
RESIDENTE A.....IN VIA.....
N°.....TELEFONO ABITAZIONE.....
ALTRI NUMERI DI TELEFONO.....
INDIRIZZO E-MAIL:

CERTIFICATO MEDICO VALIDO FINO AL.....

In dataIo sottoscritto/a.....
nato/aIl.....

CHIEDO DI POTER ISCRIVERMI AL CORSO AMATORIALE FEMMINILE.

DICHIARO INOLTRE DI ESSERE A CONOSCENZA CHE PER L'ISCRIZIONE E' OBBLIGATORIA LA PRESENTAZIONE DEL CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA, RILASCIATO DAL MEDICO DI FAMIGLIA.

DICHIARO ALTRESI' DI ACCONSENTIRE, IN BASE ALLA LEGGE SULLA PRIVACY 675/96, AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DA PARTE DELLA A.S.D. PALLACANESTRO MIRANO CHE LI UTILIZZERA' PER TUTTI GLI SCOPI INERENTI L'ORGANIZZAZIONE SPORTIVA DELL'ASSOCIAZIONE.

DICHIARO INOLTRE DI AVER PRESO VISIONE DELLA CIRCOLARE DEL 31.07.2010 E DI ACCETTARNE OGNI SUO PUNTO.

FIRMA

Vuole essere avvisato via e-mail delle novità della nostra Associazione?

Indirizzo e-mail:

Autorizzo all'utilizzo dell'indirizzo mail per l'invio di informazioni relative alle attività della nostra Associazione. L'indirizzo non sarà divulgato all'esterno della nostra Associazione ed in alcun modo visibile ad altri in fase di invio delle comunicazioni. Sarà inoltre possibile in qualsiasi momento richiederne la cancellazione, inviando una e-mail a pallacanestromirano@alice.it

- Autorizzo
 Non autorizzo

Firma: