

Compilare e Inviare a: fitness-wellness@asiroma.org

OGGETTO: Iscrizione alla manifestazione del **11 Febbraio 2024** - presso centro sportivo JOY Sport&Wellness s.s.d. a r.l

Società Partecipante : _____ **codice Società :** _____

e-mail : _____ **telefono :** _____

ATTENZIONE compilare 1 modulo per ogni TEAM o COPPIA (m/f)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo (GDPR) 679/2016, recante la disciplina in materia di protezione dei dati personali e del D.Lgs. 101/2018, si dichiara che il titolare del trattamento è ASI COMITATO PROVINCIALE ROMA con sede in Via Adolfo Ravà n. 106 - cap 00142 Roma, C.F.-P.IVA: 05001801009 la quale procederà al trattamento dei dati personali nella misura necessaria per il perseguimento delle finalità connesse all'attività svolta. Si dichiara che i dati non saranno comunicati a terzi, ad eccezione degli enti con cui la società sportiva collabora e saranno da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e da quelle dell'ordinamento sportivo. Si dichiara che gli interessati potranno esercitare i diritti regolati dagli artt. 15 e ss. del Regolamento UE 679/2016, nonché ricorrere al Garante per la Protezione dei Dati, ai sensi dell'art. 77 Regolamento UE 679/2016, qualora ritengano che il trattamento dei dati personali violi il Regolamento UE 679/2016. Per poter esercitare i suddetti diritti sarà sufficiente scrivere all'indirizzo mail: info@asiroma.org

TEAM COPPIA Nome _____ Peso Totale Atleti _____, _____ kg

	Elenco ATLETI (Cognome e Nome stampatello)	n° Tesserata	Classe/Età	Sesso M/F	Letto e Confermato Firma Atleta	Letto e Confermato Firma Genitore
1	Il sottoscritto come in seguito generalizzato, <input type="checkbox"/> PRESTA IL CONSENSO <input type="checkbox"/> NEGA IL CONSENSO al trattamento della propria immagine, per la diffusione con qualunque mezzo, <u>esclusivamente per fini promozionali e di propaganda Sportiva dell'Ente.</u>					
2	Il sottoscritto come in seguito generalizzato, <input type="checkbox"/> PRESTA IL CONSENSO <input type="checkbox"/> NEGA IL CONSENSO al trattamento della propria immagine, per la diffusione con qualunque mezzo, <u>esclusivamente per fini promozionali e di propaganda Sportiva dell'Ente.</u>					
3	Il sottoscritto come in seguito generalizzato, <input type="checkbox"/> PRESTA IL CONSENSO <input type="checkbox"/> NEGA IL CONSENSO al trattamento della propria immagine, per la diffusione con qualunque mezzo, <u>esclusivamente per fini promozionali e di propaganda Sportiva dell'Ente.</u>					

Il Presidente della società partecipante nella persona di (in stampatello) _____ sotto la propria responsabilità **DICHIARA** quanto segue:

1. Per gli atleti minorenni hanno acconsentito e firmato i genitori o chi ne ha la patria potestà.
2. Tutti i partecipanti alla manifestazione sono in possesso di certificato medico per la pratica di attività sportiva dilettantistica **agonistica** (DISCIPLINA – **Pesistica** o **Sollevamento Pesi**), depositato in originale presso la nostra Associazione/Società.
3. I partecipanti sono regolarmente tesserati e assicurati presso ASI.
4. Ho preso visione del regolamento vigente la manifestazione e lo accetto integralmente.

Luogo e Data : _____ - ____/____/____

Tecnico Responsabile del Team _____

il Presidente della Società
Timbro e Firma
