

MODULO ISCRIZIONE ATLETA MINORENNE

DATI DELL'ATLETA INTERESSATO:

COGNOME: _____ NOME: _____

INDIRIZZO: _____ CAP _____

CITTA': _____ PROV. _____

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

SPORT PRESCELTO: _____

CODICE FISCALE: _____

TELEFONO: _____ CELLULARE: _____ FAX: _____

E-MAIL _____

I sottoscritti _____ in qualità di MADRE /PADRE _____ in qualità di PADRE, esercenti la potestà sull'atleta, con la firma del presente modulo, chiedono al Comitato UISP Territoriale di Cagliari di accettare come "ATLETA" il proprio figlio. Lo stesso conferisce inoltre il consenso al trattamento dei dati ivi immessi e delle immagini personali (come di seguito meglio specificato), e dichiara di aver preso visione e di accettare senza condizioni quanto previsto dallo Statuto e dal Regolamento interno dell'Associazione, nonché, parimenti, di essere a conoscenza e di accettare senza condizioni tutti i relativi Usi e Consuetudini, Indicazioni programmatiche, Disposizioni operative ed Indirizzi generali (come disposti dal Presidente e dal Consiglio Direttivo in carica).

Durata della autorizzazione:

La presente autorizzazione e sottoscrizione varrà sino al Termine della stagione sportiva 2019.20, salvo revoca scritta mediante raccomandata con ricevuta di ritorno.

Luogo e data

Firma del genitore (Padre) o dell'esercente potestà sul minore

Firma del genitore (Madre) o dell'esercente potestà sul minore

Il Responsabile di S.d.A. Calcio

LODDO GIOVANNI