



## A.S.D. NORDIC WALKING INMYLIFE

Via Lario, 17 - 20159 Milano - P.IVA/CF 09973200968

[www.inmylife.fun](http://www.inmylife.fun) - [www.facebook.com/asdinmylife](https://www.facebook.com/asdinmylife)

email: [info@inmylife.fun](mailto:info@inmylife.fun)

### DOMANDA DI TESSERAMENTO / ASSICURAZIONE CORSI 2023

**NUOVO SOCIO**  **RINNOVO ASSOCIAZIONE**  inserire solo le voci con \* o eventuali modifiche

Il/La sottoscritto/a, presentato/a da Istruttore\* \_\_\_\_\_

Cognome\* \_\_\_\_\_ Nome\* \_\_\_\_\_

Codice Fiscale\* \_\_\_\_\_

Nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Residenza via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Data certificato visita medica\* \_\_\_\_\_

Chiede di essere tesserato alla A.S.D. NORDIC WALKING INMYLIFE con la qualifica di Istruttore / Atleta / Socio per l'anno in corso versando l'importo di Euro 20,00 comprensivo di copertura assicurativa ACSI per attività non agonistica e ricreativa.

Dichiaro di:

- essere in possesso del certificato medico per attività sportiva "non agonistica" e di consegnarlo in originale alla A.S.D. NORDIC WALKING INMYLIFE;
- non iscrivermi ad alcuna manifestazione sportiva riferendomi a codesto tesseramento se il mio certificato risulta scaduto o per qualsiasi motivo non valido; nel caso in cui mi dovessi iscrivere ad una manifestazione non avendo il certificato medico in vigore, mi assumo tutte le responsabilità del caso ed esonero completamente il Presidente della A.S.D. NORDIC WALKING INMYLIFE e tutta l'associazione da qualsiasi genere di responsabilità;
- rispettare i regolamenti specifici degli eventi/manifestazioni a cui parteciperò.

Confermo che i dati forniti corrispondono a verità, consapevole che eventuali dichiarazioni false comporteranno la mia espulsione dalla A.S.D. NORDIC WALKING INMYLIFE.

Mi impegno a mantenere un comportamento leale, sportivo ed educato durante le uscite e gli eventi organizzati dalla A.S.D. NORDIC WALKING INMYLIFE ed evitare comportamenti che possano determinare rischi alla mia incolumità e quella degli altri partecipanti.

***Dichiaro di aver letto l'informativa sulla privacy allegata alla presente domanda di ammissione a socio e di firmare in calce per accettazione e consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR Regolamento (UE) 2016/679***

Il tesseramento sarà rinnovato annualmente a condizione del versamento della quota associativa.

Obbligo per i minori della firma di chi esercita la Patria Potestà.

Data\*

Firma\* (Leggibile)

\_\_\_\_\_