



DOMANDA DI ISCRIZIONE A SOCIO

A

IL SOTTOSCRITTO F M

NATO A _____ IL ____ / ____ / ____

RESIDENTE A _____ CAP _____

VIA/P.ZZA _____ N° _____

TEL. _____ CELL. _____

CODICE FISCALE _____

E-MAIL _____ ISCRITTO PER LA SESSIONE DI _____

NUOVA ISCRIZIONE RINNOVO

IL RICHIEDENTE E' INFORMATO CHE IN ASSENZA DI UN CERTIFICATO MEDICO VALIDO PER L'ANNO ACCADEMICO CORRENTE NON PUO' IN NESSUN MODO FREQUENTARE I CORSI.

Preso visione dell'atto costitutivo, dello statuto sociale e del regolamento interno dell'associazione, nei quali mi riconosco e mi impegno a rispettare integralmente, nonché della polizza di assicurazione, chiedo di essere ammesso alla frequenza dei corsi che vi si tengono e di esservi iscritto in qualità di socio. La qualifica di socio ha valore per un solo anno. Autorizzo l'associazione a utilizzare i miei dati personali in base alla legge del 30 giugno 2003 n°196 per il perseguimento degli scopi sociali. Con la presente esprimo inoltre il mio consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma, di immagini che mi ritraggono nello svolgimento delle attività associative, purché la pubblicazione non avvenga per perseguire finalità di natura economica.

Autorizzo la comunicazione del mio indirizzo e del mio recapito e-mail ad Enti ai quali l'associazione è affiliata.

LUOGO _____ DATA ____ / ____ / ____ FIRMA _____



Accademia Italiana di Aikido e Discipline Affini

www.accademiaitalianadiaikido.org - Sede legale: Via Nicola Nisco 7, Roma

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

Spettabile Consiglio Direttivo A.S.D. ACCADEMIA ITALIANA di AIKIDO,

Il/La sottoscritto/a _____ Cod. Fiscale _____

Nato/a a il _____ domiciliato/a in _____

Via _____ n.civico _____ cap _____ prov. _____

e-mail _____ disciplina praticata _____

grado _____ grado Aikikai _____ qualifica (Istruttore/Maestro) _____ Dojo _____

NUOVA ISCRIZIONE RINNOVO

chiede al Consiglio Direttivo dell'A.S.D. ACCADEMIA ITALIANA di AIKIDO di essere ammesso/a nella qualità di Socio all'Associazione stessa, affiliata all'UISP Area Discipline Orientali, di conoscere Statuto, Regolamenti e Codice etico - consultabili sul sito WEB: www.accademiaitalianadiaikido.org - e di accettarli integralmente.

Dichiara di conoscere ed impegnarsi ad osservare il primo comma dell'Art.1914 del Codice Civile, riguardante l'assicurazione contro gli infortuni e cioè: "l'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno". Dichiara inoltre di essere a conoscenza delle disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive e degli obblighi conseguenti.

Dichiara di essere tesserato UISP/dichiara che provvederà a tesserarsi presso l'UISP entro 180gg.

_____, lì ____ / ____ / ____ In fede, il richiedente _____

DATI PER BONICO AL DOJO GIUSTINIANI ASD

INTESA SAN PAOLO TERZO SETTORE

IBAN: IT69 030 6909 6061 0000 0174 547

BIC: BCITITMM

nella CAUSALE specificare il NOMINATIVO dell'allievo, il CORSO che si frequenta e il PERIODO.

Consenso al trattamento dei dati personali

Pienamente informato delle finalità e modalità di trattamento e rilevato che lo stesso è rispettoso dell'autorizzazione n. 2/2007 e 3/2007 del Garante per la protezione dei dati personali, esprimo il consenso al trattamento dei miei dati anche sensibili, in conformità con quanto illustrato nell'Informativa ricevuta.

_____, lì ____ / ____ / ____ Firma LEGGIBILE del Socio _____

ALLEGATO A
AUTODICHIARAZIONE COVID 19

Il/la sottoscritto/a (genitore/tutore legale dell'atleta in caso di minore):

<i>Cognome</i>		<i>Nome</i>	
<i>Nato/a</i>		<i>il</i>	
<i>Residente in</i>		<i>Via e n.</i>	
<i>Nella sua qualità di (*)</i>			

(*) specificare : es. Atleta Tecnico, Insegnante, Allenatore, Operatore, Collaboratore.

DICHIARA

che non ha avuto diagnosi accertata di infezione da Covid-19 e che negli ultimi 14 giorni, inoltre:

	SI	NO
• è stato in contatto stretto con persone affette da Covid-19?		
• è stato in contatto stretto con casi sospetti o ad alto rischio?		
• è stato in contatto stretto con familiari di casi sospetti?		
• ha avuto nelle ultime due settimane sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto)?		
• manifesta attualmente sintomi riferibili all'infezione da Covid-19 (tra i quali temperatura corporea superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto).		

- **Dichiara** di impegnarsi a comunicare prima di ogni ingresso nel sito sportivo eventuali variazioni di quanto sopra dichiarato, compreso l'insorgenza di sintomi riferibili all'infezione da Covid-19, tra i quali temperatura corporea (che andrà preventivamente rilevata) superiore a 37,5°C, tosse, stanchezza, difficoltà respiratoria, dolori muscolari, diarrea, alterazioni di gusto e olfatto.

Il/la sottoscritto/a attesta sotto la propria responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizza, inoltre _____ (indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva) al trattamento dei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Luogo e data

Firma dell'atleta o del genitore/tutore legale per minorenni

.....