

ARCIERI ROMANI A.S.D. - ARCIERI ROMANI TIRO DI CAMPAGNA A.S.D.

Cod. FITARCO: 12/004 - Cod. FIARC: 12ARRO

Via Vincenzo Drago snc - 00143 Roma

Codice Fiscale: 96066890581



Spettabile
Consiglio Direttivo
Arcieri Romani A.S.D.

Il sottoscritto avanza la sua richiesta di iscrizione all'Associazione Arcieri Romani ASD e a tale scopo fornisce i propri dati personali e dichiara di aver preso visione dello statuto e dei regolamenti sociali e di accettarli senza riserve:

COGNOME		NOME	
LUOGO NASCITA		DATA di NASCITA	
CODICE FISCALE		NAZIONALITA'	
INDIRIZZO			
CITTA' / PR		CAP	
TELEFONO		CELLULARE	
E-MAIL			

FEDERAZIONE DI AFFILIAZIONE SCELTA:

FITARCO

FIARC

Il sottoscritto dichiara di essere stato iscritto ad altra Compagnia per l'anno precedente e che è in possesso del relativo nulla osta. che viene allegato alla presente domanda di iscrizione.

SOCIETA' DI PROVENIENZA			
N. TESSERA	<input type="checkbox"/> FITARCO	<input type="checkbox"/> FIARC	ANNO AFFILIAZIONE

Il sottoscritto dichiara di aver effettuato il Corso Base di Tiro con l'Arco, come risulta dall' attestato che viene allegato, in copia, alla presente domanda di iscrizione.

ISTRUTTORE			
CODICE COMPAGNIA		DATA RILASCIO	

Inoltre, il sottoscritto dichiara di aver letto, compreso ed accettato integralmente le normative sulla tutela sanitaria delle attività sportive e della lotta contro il doping, le disposizioni emanate da WADA, C.O.N.I. e dalla FITARCO, nonché l'informativa ed i relativi allegati, ai sensi del decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 – Codice in materia di protezione dei dati personali - ai fini della "partecipazione" all'attività sportiva.

Autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili forniti all'Associazione ai fini della "partecipazione" all'attività sociale e sportiva, dichiarando inoltre che è a conoscenza che la effettiva partecipazione alla stessa è subordinata al conseguimento della idoneità medica alla pratica sportiva, ai sensi della normativa vigente sulla tutela sanitaria e sulla lotta al doping.

Data _____ Firma _____

Per i minorenni

Il/la sottoscritto/a _____, in qualità di _____ dichiara di esercitare la patria potestà del richiedente e, pertanto rappresenta il minore a tutti gli effetti nei confronti dell'Associazione, come previsto dall' art. 5 comma 5 dello statuto sociale, come da dichiarazione allegata.

Data _____ Firma _____

Allegati (se già non consegnati in occasione del Corso Base):

Copia Documento Identità Certificato Medico Foto Dichiarazione Tutore

Pagamento effettuato in data _____ / _____ / _____ Ricevuta n. _____ / _____

Se trattasi di Socio Familiare, indicare il grado di parentela _____

e il Cognome e Nome del parente _____