



stagione-Saison



Il/la sottoscritto/a: Der/die Unterfertigte:	Nome: Name:	Scheda: pagato
Nato a: Geboren in:	il: am:	F.I.S.I. rinnovo pagato
Residente a: Wohnhaft in:	CAP: PLZ:	Via: Straße:
Tel: Cell/Handy	Cod.Fisc./ Steuernummer e-mail	

chiede / ersucht

Iscrizione al corso :

Presciistica       Sci/snowboard corso base       Agonismo

**DICHIARO** di aver preso visione, nonché accettazione, dell'Informativa conforme al Regolamento UE 2016/679 GDPR pubblicata nel sito [www.sciclublaives.it](http://www.sciclublaives.it) e/o consultabile in sede associativa. Sollevo lo SCI/SKI CLUB LAIVES/LEIFERS da ogni responsabilità dipendente dalla frequentazione del corso di cui sopra. Rinuncio inoltre, fin d'ora, ad ogni azione di rivalsa nei confronti dello SCI/SKI CLUB LAIVES/LEIFERS, del suo presidente, dei consiglieri e nei confronti del personale incaricato dell'organizzazione, coordinamento e vigilanza del corso stesso

Data: .....

Firma .....

**INFORMATIVA**

In conformità al Regolamento UE 2016/679 (di seguito GDPR), si informa che i dati personali conferiti sono finalizzati alla gestione della partecipazione all'attività selezionata. Il conferimento dei dati per la finalità sopraindicata è obbligatorio.

La mancata comunicazione dei dati comporta l'inammissibilità della domanda.

I diritti dell'interessato sono esplicitati dagli art. 15 - 16 - 17 - 18 - 19 - 20 del GDPR. In deroga all'art.9, l'interessato autorizza, nell'ambito delle attività programmate, l'utilizzo di fotografie e di video dove appare la propria immagine a scopo non lucrativo, ma solamente a fini didattici e/o promozionali tramite servizi giornalistici, eventi pubblicitari, social network, proprio sito internet.

Titolare del trattamento dei dati raccolti: Sci Club Laives - Ski Club Leifers

Responsabile del trattamento: Presidente dello Sci Club Laives - Ski Club Leifers

Informativa completa consultabile in [www.sciclublaives.it](http://www.sciclublaives.it) - Accountability e Informativa completa consultabili in sede Sci Club Laives

Firma .....

**L'esercente la potestà parentale in caso di tesserato minorenni**

Cognome e nome: .....

Firma: .....

Cognome e nome: .....

Firma: .....

Certificazione medica necessaria:

**A** Attività Agonistica: **obbligatorio Certificato di Idoneità Agonistica** (D.M. 18/02/1982)

escluso per i minori di anni 12 dove è sufficiente il certificato di cui punto B

**B** Altre attività: **obbligatorio il Certificato Medico per attività non agonistiche** (Legge 98 del 9/08/2013)

Contributo iscrizione: € vedere programma specifico

Tessera F.I.S.I.: € 35,00

comprensiva di assic. RC e Infortuni base

Polizza opz Infortuni: € 86,00 verificare aggiornamenti

- o Cassa Raiffeisen IBAN : IT63 X081 1458 4830 0030 4000 447
- o Cassa Risparmio IBAN : IT20 Q060 4558 4800 0000 0223 400
- o In contanti in data .....e nr. Ricevuta .....