

# OWN STYLE STUDIO A.S.D.

## DOMANDA DI AMMISSIONE 2023/2024

ANNO 2023/2024	TESSERA FIDS/ASC	SCAD. CERT. MEDICO	SOCIO N°	TIPOLOGIA CORSO	GIORNI
COGNOME	NOME			SESSO	
CODICE FISCALE OBBLIGATORIO	LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA	DATA DI NASCITA		
LOCALITA' DI RESIDENZA	PROVINCIA	CAP	INDIRIZZO VIA/VIALE/PIAZZA		
<b>CELLULARE da inserire gruppo WhatsApp</b>	CELLULARE SECONDARIO	E-MAIL			
CITTADINANZA ITALIANA		PAESE/NAZIONE DI PROVENIENZA			
CITTADINANZA STRANIERA					
ISCRIZIONE SINGOLA		LUOGO/SEDE DI ISCRIZIONE			
ISCRIZIONE CON IL PARTNER		<b>OWN STYLE STUDIO A.S.D.</b>			

### Chiede

L'iscrizione a OWN STYLE STUDIO Società Sportiva Dilettantistica.

Di essere ammesso/a a partecipare i corsi di ballo e/o lezioni individuali e di partecipare all'attività sociale consapevole che la loro frequenza è subordinata al regolare versamento dei rispettivi contributi specifici deliberati da OWN STYLE STUDIO A.S.D.

### Dichiara

Di possedere i requisiti psico/fisici per la pratica del Ballo inteso come attività sportiva e ricreativa, sollevando l'organo direttivo di OWN STYLE STUDIO A.S.D. da qualsiasi responsabilità civile o penale in merito;

FIRMA DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

### Autorizza

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 GDPR 679/16 (Regolamento UE 2016/679) la OWN STYLE STUDIO Società Sportiva Dilettantistica al trattamento dei miei dati personali per utilizzo interno e per tutti gli atti previsti dalla legge sia in forma cartacea che automatizzata che si rendessero necessari in relazione agli adempimenti o all'esercizio di diritti concessi. (legge 196/03 "Tutela delle persone e di altri soggetti al trattamento dei dati personali")

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

PER MINORE DI 18 ANNI: il sottoscritto genitore/tutore del minore suddetto richiede l'iscrizione ai corsi/lezioni individuali dello stesso, assumendo personalmente le responsabilità di cui sopra.

COGNOME NOME GENITORE/TUTORE

FIRMA DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_

### VISITA MEDICA

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

consapevole ed informato della necessità di certificato medico in corso di validità, dichiaro fin d'ora di rinunciare ad ogni futura richiesta di danni o indennizzi in eccedenza a quanto previsto dalle polizze assicurative individuali, in caso di infortunio o malore anche grave.

Dichiaro inoltre che non vi sono accordi verbali o scritti ad integrazione della suddetta dichiarazione.

FIRMA DEL RICHIEDENTE \_\_\_\_\_