

OWN STYLE STUDIO A.S.D.

DOMANDA DI AMMISSIONE 2022/2023

ANNO 2022/2023	TESSERA FIDS	SCAD. CERT. MEDICO	SOCIO N°	TIPOLOGIA CORSO	TESSERA SCUOLA
COGNOME	NOME			SESSO	
CODICE FISCALE OBBLIGATORIO	LUOGO DI NASCITA		PROVINCIA	DATA DI NASCITA	
LOCALITA' DI RESIDENZA	PROVINCIA	CAP	INDIRIZZO VIA/VIALE/PIAZZA		
CELLULARE da inserire gruppo WhatsApp	CELLULARE SECONDARIO		E-MAIL		
CITTADINANZA ITALIANA		PAESE/NAZIONE DI PROVENIENZA			
CITTADINANZA STRANIERA					
ISCRIZIONE SINGOLA		LUOGO/SEDE DI ISCRIZIONE			
ISCRIZIONE CON IL PARTNER		OWN STYLE STUDIO A.S.D.			

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 maleore anche grave.

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

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

INSERIMENTO NEL GRUPPO WHATSAPP

Io sottoscritto _____

autorizzo la OWN STYLE STUDIO Società Sportiva Dilettantistica ad inserimento del proprio numero di cellulare nel gruppo WhatsApp. Il gruppo ha l'esclusiva finalità di consentire alla OWN STYLE STUDIO di inviare in maniera semplice e tempestiva le comunicazioni relative alla attività didattiche. E' possibile cancellarsi dal servizio in qualunque momento dandone comunicazione scritta alla segreteria OWN STYLE STUDIO inviando messaggio di richiesta di cancellazione.

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

SCELTA PAGAMENTI ANNO DI STUDIO 2022-2023

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

Genitore dell'atleta (nome e cognome) _____

Che frequenta seguenti corsi:

- ☐ DANZE INTERNAZIONALI (STANDARD/LATIN)
- ☐ DANZE COREOGRAFICHE (LATIN STYLE/LATIN DUO/SHOW LATIN/SYNCRO LATIN/STANDARD SOLO*)
- ☐ DANZE ACCADEMICHE (DANZA CLASSICA/MODERN CONTEMPOARY/JAZZ DANCE/SHOW DANCE)
- ☐ DANZE STREET (HIP HOP/BREAKING)
- ☐ DANZA PROPEDEUTICA (PERCORSO FORMATIVO 3-6 ANNI)
- ☐ PFG
- ☐ FLEXY
- ☐ KANGOO JUMPS
- ☐ TEATRO E RECITAZIONE
- ☐ LEZIONI INDIVIDUALI
- ☐

Comunica che per l'anno in corso effettuerò i versamenti secondo la seguente modalità:

- ☐ PAGAMENTI IN CONTANTI
- ☐ PAGAMENTI TRAMITE POS (Bancomat/Carte)
- ☐ PAGAMENTI TRAMITE BONIFICO

da effettuare sul seguente conto corrente intestato a:

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA OWN STYLE STUDIO

presso BCC di San Lazzaro di Savena IBAN: **IT 87 A 08472 37072 000000097975**

causale: **Nome e cognome del atleta**

Le scadenze dei versamenti saranno:

- ☐ **MENSILI** (entro il giorno 20 del mese)
- ☐ **TRIMESTRALI** (entro il 20 del PRIMO mese del corso)

Dati intestazione fattura:

Nome _____

Cognome _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo di residenza

Via _____ n. _____

Comune _____ Provincia _____

Data _____

Firma _____