


ASD CSC Pallavolo Cusano

Sede Legale: Via Tagliabue 1 - Cusano M.no
 Sede Operativa: Via Adige 25 - Cusano M.no
 Telefono: 026194168 - P.Iva: 02360160960
 Codice Fipav: 040170123

STAGIONE SPORTIVA


2017 - 18

Rel. 3.0

LIBERATORIA PERIODO DI PROVA ATTIVITA' SPORTIVA
Dati Genitore / Tutore (Da compilarsi in caso di atleta minorenni)

Cognome e Nome (1)	
Il sottoscritto	
Cellulare (1)	Email (1)

genitore/tutore dell'atleta:
Dati Atleta

[Tabella 1]

Cognome e Nome (1)		Categoria / Squadra assegnata (riservato a CSC):		
Data di Nascita (1)	Luogo di nascita (1)	Ho saputo di CSC Pallavolo da: <input type="checkbox"/> Passaparola <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Pubblicità <input type="checkbox"/> SitoWeb CSC <input type="checkbox"/> Volantini <input type="checkbox"/> Altro		
Indirizzo di residenza: (1)	N. Civico (1)	Città di Residenza (1)	CAP	Prov. (1)
Codice Fiscale Atleta (1)	PERIODO DI PROVA: (1) Dal: _____ Al: _____			
Cellulare (2)	Email (2)			

Legenda: (1) = Dati **OBBLIGATORI** | (2) = Dati **OBBLIGATORI** solo per gli atleti **maggioresnni**

- Solleva da ogni responsabilità l'A.S.D. CSC Pallavolo Cusano, il suo Presidente e collaboratori, per qualsiasi tipo di infortunio che l'atleta dovesse subire al di fuori del periodo di copertura assicurativa, ovvero durante il periodo di prova sopra riportato e al periodo di perfezionamento pratiche (in caso di iscrizione) necessario per il tesseramento alla Federazione Italiana Pallavolo, o ad altro ente affiliato al CONI e dell'attivazione della polizza assicurativa infortuni legata al tesseramento stesso.
- Prende altresì atto che la copertura assicurativa avrà efficacia all'atto dell'iscrizione con durata per l'intero anno sportivo in corso.
- Dichiaro sotto la propria responsabilità che l'atleta non ha problemi di salute che gli impediscano di praticare l'attività sportiva o che mettano a rischio la propria incolumità fisica, ovvero risulta essere idoneo fisicamente all'attività fisica dilettantistica della pallavolo.
- Qualora l'atleta utilizzi occhiali o lenti a contatto lo farà a proprio rischio e pericolo, come da regolamento Fipav Art. 4.5.3 del regolamento federale in vigore.
- Dichiaro di essere a conoscenza che il periodo di prova è gratuito e che nessun compenso è dovuto all'A.S.D. CSC Pallavolo Cusano.
- Dichiaro di essere a conoscenza che al termine del periodo di prova si concorderà con lo Staff Tecnico e Sportivo la prosecuzione o meno del rapporto sportivo. L'eventuale collocazione in squadra di livello adeguato sarà ad insindacabile giudizio dello Staff Tecnico.

Cusano Milanino, li _____

Firma del Genitore _____

Autorizzazione al trattamento dei dati

La compilazione del presente modulo e la firma comportano l'accettazione del trattamento dei dati personali (ex D.Lgs 196/03) per la tutela della persona e di altri soggetti. I dati non saranno ceduti a terzi ma serviranno esclusivamente per la gestione dell'attività sportiva.

Cusano Milanino, li _____

Firma del Genitore _____

Comunicazioni del genitore

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> L'atleta ha Certificato Medico di Buona Salute valido. | <input type="checkbox"/> Allego fotocopia |
| <input type="checkbox"/> L'Atleta ha Certificato Medico di idoneità all'attività agonistica di Pallavolo. | <input type="checkbox"/> Allego fotocopia |
| <input type="checkbox"/> L'Atleta ha Carta d'Identità. | <input type="checkbox"/> Allego fotocopia |