

**A.S.D. GRUPPO PATTINATORI SCLEDENSI**

Via Martiri della Libertà
36015 Schio (VI)
Partita Iva 02522230248
Cod. fiscale 92000230240
Affiliazione CONI-FISR 828

Modulo d'iscrizione settore: PATTINAGGIO ARTISTICO SU ROTELLE Anno Sportivo 2025/2026 – Atleti/e minorenni

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome dell'esercente la responsabilità genitoriale sull'atleta)

_____, C.F. _____, nato/a a _____
il ____/____/_____, residente a _____ in via _____
n° _____, e-mail _____, n° di
telefono _____, documento di identità n. _____, in qualità di esercente la
responsabilità genitoriale sull'atleta minorenne (nome e cognome dell'atleta)
_____, C.F. _____, nato/a
a _____ il ____/____/_____, residente a _____ in via _____
n° _____, e-mail _____, n° di
telefono _____, documento di identità n. _____ ("Atleta"), con il presente modulo

CHIEDE

che l'Atleta aderisca all'Associazione **A.S.D. Gruppo Pattinatori Scledensi ("Associazione")** in qualità di tesserato/a e
partecipi al/ai seguente/i corso/i (selezionare le caselle di interesse) ("**Attività**"):

- ☐ Primi passi;
- ☐ Esordienti;
- ☐ Gruppo spettacolo;
- ☐ Preagonistico *solodance*;
- ☐ Gruppo artistico;

nonché

DICHIARA E/O SI IMPEGNA ESPRESSAMENTE, IN NOME E PER CONTO DELL'ATLETA

- Di aver preso visione ed accettare espressamente ed incondizionatamente lo statuto dell'Associazione, disponibile per la lettura al momento del tesseramento ed in qualsiasi altra fase della vita associativa, impegnandosi espressamente ad osservarlo e rispettarlo, unitamente ai regolamenti ed alle deliberazioni di volta in volta adottate dagli organi associativi;
- Di conoscere, accettare e rispettare le finalità istituzionali, gli scopi e gli obiettivi perseguiti dall'Associazione;
- Di accettare espressamente ed incondizionatamente le norme del CONI, nonché le norme e disposizioni statutarie e regolamentari della FISR;
- A versare alle scadenze stabilite le quote decise dagli organismi dirigenti, comprese le eventuali quote straordinarie, nonché i corrispettivi specifici per la partecipazione alle Attività richiesti dall'Associazione;
- A consegnare all'Associazione un certificato medico sportivo dell'Atleta in regolare corso di validità;
- Di accettare espressamente che, in caso di mancata consegna all'Associazione del certificato medico sportivo in regolare corso di validità e/o scadenza dello stesso durante il periodo di tesseramento, l'Atleta sarà sospeso/a da ogni Attività, sino alla consegna di un valido certificato medico sportivo;
- Di aver preso visione, di condividere e di accettare espressamente il contenuto dei seguenti documenti:
 - o Modello organizzativo e di controllo dell'attività sportiva (e relativi allegati) adottato dall'Associazione ai sensi dell'art. 16 del D.lgs. n. 39/2021;
 - o Codice di condotta adottato dall'Associazione ai sensi dell'art. 16 del D.lgs. n. 39/2021;

nonché di essere stato/a adeguatamente informato/a del nominativo del Responsabile contro abusi, violenze e discriminazioni nominato dall'Associazione e dei canali di segnalazione per contattare il medesimo Responsabile;

- Di aver ricevuto e preso visione dell'informativa sui diritti connessi al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Luogo e Data _____, _____

Firma del richiedente esercente la responsabilità genitoriale
sull'Atleta

Firma dell'Atleta (se ≥ 14 anni)

Firma per approvazione
