

I/la sottoscritto/a ( nome e cognome )

\_\_\_\_\_ , nato/a il / /  
a \_\_\_\_\_ , residente a \_\_\_\_\_ ( ) in  
\_\_\_\_\_, C.A.P.: \_\_\_\_\_ , tel.: \_\_\_\_\_ ,  
email: \_\_\_\_\_ ,

**genitore di:**

(nome e cognome ) \_\_\_\_\_ , nato/a il / /  
a \_\_\_\_\_ , residente a \_\_\_\_\_ ( ) in  
\_\_\_\_\_, C.A.P.: \_\_\_\_\_ ,

Cod.Fisc. \_\_\_\_\_

letto ed accettato lo statuto ed il regolamento interno dell'associazione sportiva dilettantistica  
"Motoclub **Wafna**", letto ed accettato le clausole relative alla copertura assicurativa,

**richiede**

tessera associativa CSEN per l'anno 2017. Inoltre, presa visione dell'informativa sull'utilizzo dei  
propri dati personali, ai sensi del Dlgs 196/2003,

- Ne consente  
 Non ne consente

al trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statuari e

- Ne consente  
 Non ne consente

la comunicazione agli Enti e/o Federazioni sportive a cui l'Associazione Sportiva Dilettantistica  
"Motoclub **Wafna**" è affiliata ed a questi il trattamento nella misura necessaria all'adempimento  
degli obblighi previsti dalla Legge e dalle norme statutarie.

Allega alla presente il certificato medico di stato di buona salute del medico curante.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma del genitore per accettazione

Allegare alla presente:

- Copia di un documento di identità del genitore
- Copia di un documento di identità e codice fiscale del figlio/a
- Visita medica NON agonistica