



A.S.D. "Incontro a Cavallo"
Via Po, snc – 20063 Cernusco sul Naviglio (MI)
P.I./C.F. 04529120968

DOMANDA DI AMMISSIONE IN QUALITÀ DI TESSERATO

Spett.le:

A.S.D. "Incontro a cavallo"

Via Po, snc - 20063 Cernusco sul Naviglio (MI)

C.F. / P.IVA 04529120968

Il/La sottoscritto/a _____

(NOME, EVENTUALE SECONDO NOME e cognome del genitore)

nato/a a _____ Prov. (____) il ____/____/____

residente a _____ Prov. (____) CAP _____

Via/Piazza _____ n° _____

Codice Fiscale _____

Carta d'Identità n° _____

cellulare ____/____ e-mail _____@_____

quale genitore/tutore legale/amministratore di sostegno di:

(NOME, EVENTUALE SECONDO NOME e cognome del figlio):

nato/a a _____ Prov. (____) il ____/____/____

residente a _____ Prov. (____) CAP _____

Via/Piazza _____ n° _____

Codice Fiscale _____

cellulare ____/____ e-mail _____@_____

CHIEDE

Al fine di partecipare al ciclo di incontri di volteggio previsto nei mesi di aprile, maggio e giugno 2022 (date ed orari in locandina), di poter essere ammesso/che il figlio venga ammesso in qualità di tesserato all'A.S.D. "Incontro a cavallo"

Inoltre, il/la sottoscritto/a

DICHIARA

- Di aver preso visione del Regolamento del centro, delle norme di comportamento in scuderia, del protocollo covid in vigore presso il centro ippico e dell'Informativa Privacy scaricabili al seguente [link](#) e di accettarli in ogni punto;

- Di assumersi la responsabilità per la propria partecipazione o per la partecipazione del proprio figlio alle attività proposte;
- Di impegnarsi al pagamento della quota di tesseramento e dei contributi relativi alla partecipazione alle attività sportive prescelte;
- Di essere informato rispetto alle finalità e alle modalità di svolgimento delle attività equestri proposte dall'Associazione descritte nei singoli programmi. Per informazioni dettagliate è possibile visitare il nostro sito: www.incontroacavallo.it
- Di essersi sottoposto o che il figlio è stato sottoposto a vaccinazione antitetanica o a richiamo della stessa negli ultimi dieci anni o di aver consegnato apposita dichiarazione in caso di non possesso;
- Di essersi sottoposto o che il figlio è stato sottoposto a regolare visita medica ed è in possesso del certificato di idoneità fisica per pratiche sportive non agonistiche in corso di validità;
- Di aver compreso l'importanza di dichiarare eventuali bisogni speciali del figlio (disagi, disabilità o fragilità ecc...) prima dell'iscrizione al corso al fine di permettere una valutazione globale dell'effettiva fattibilità tecnica del progetto sul diretto interessato e/o eventualmente valutare l'integrazione di un tecnico a supporto a facilitare la partecipazione dell'iscritto all'interno del gruppo-classe (con eventuali costi aggiuntivi conseguenti per i diretti interessati);
- Di essersi sottoposto o che il figlio è stato sottoposto ad eventuale visita medica specialistica ed è in possesso di certificazione attestante l'idoneità fisica all'attività sportiva equestre, qualora fosse affetto da patologie controindicate alla pratica di tale attività quali: instabilità atlanto-epistrofea, displasia congenita d'anca con rischio di sublussazione o lussazione, scoliosi o cifosi grave, epilessia non controllata farmacologicamente ecc.;
- Di essere consapevole, per la natura del mezzo utilizzato, dei rischi che questa attività comporta, esonerando sin da ora l'Associazione dalle responsabilità derivanti dalla regolare gestione del servizio. Qualunque richiesta di risarcimento, in seguito ad eventuale danno o infortunio, verrà inoltrata esclusivamente alla compagnia di assicurazioni presso la quale l'A.S.D. "Incontro a cavallo" ha stipulato apposita polizza anti infortuni ed R.C.T. in convenzione con gli Enti alla quale risulta affiliata per l'anno sportivo in corso.
- Di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016 per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione e nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi fiscali, legali ed assicurativi previsti dalle norme.
- Di acconsentire al trattamento dei dati personali ai fini assicurativi e di dare il consenso alla trasmissione degli stessi a Cattolica – Agenzia Milano Duomo e/o ad ACSI – Comitato Provinciale Milano (Ente al quale l'Associazione è affiliata) e al CONI, a seconda della tipologia di attività istituzionale svolta e a richiedere apposito tesseramento.

Luogo e data _____, ____ / ____ / _____

Firma _____

**RICHIESTA DATI IDENTIFICATIVI DELL'ATLETA MINORENNE
ANNO SPORTIVO 2021-2022**

NOME COGNOME

LUOGO DI NASCITA DATA

RESIDENTE A PROV. CAP

VI/PIAZZA N°

CODICE FISCALE

TELEFONO

E-MAIL@.....

COMPILAZIONE RISERVATA AL GENITORE DEL TESSERATO MINORE DI ANNI 18

- Dichiaro che la persona per la quale si richiede il tesseramento ha un'età inferiore ad anni 18
- Dichiaro di essere il genitore
- Dichiaro di aver letto il regolamento delle attività, le norme di sicurezza in scuderia e il protocollo covid in vigore nel centro ippico, di cui ho preso integrale visione, nel suo complesso e in ogni sua parte e di accettarli integralmente;

Relativamente agli altri trattamenti indicati nell'informativa:

Ho letto l'informativa privacy e acconsento a cedere all'Associazione il numero di telefono mobile e l'indirizzo e-mail per attivare il tesseramento e ricevere comunicazioni periodiche nei termini e nei modi indicati nell'informativa di cui ho preso visione

PRESTO IL CONSENSO

Firma

NEGO IL CONSENSO _____

Ho letto l'informativa privacy e acconsento che l'Associazione pubblichi immagini/videoriprese del sottoscritto e del proprio figlio nei termini e nei modi indicati nell'informativa di cui ho preso visione

PRESTO IL CONSENSO

Firma

NEGO IL CONSENSO _____

- Dichiaro di impegnarmi a consegnare la certificazione medica necessaria allo svolgimento dell'attività
- Dichiaro di aver versato, contestualmente alla sottoscrizione della presente informativa, la quota di tesseramento e la quota di partecipazione alle attività prescelte

Indico e autorizzo al trattamento dei seguenti dati personali (**anche ai fini del recupero fiscale**) per l'intestazione delle ricevute relative alle quote versate:

NOME COGNOME

RESIDENTE A PROV. CAP

VI/PIAZZA N°

CODICE FISCALE

TELEFONO

E-MAIL@.....

Cernusco sul Naviglio, data ___/___/_____ Firma _____