FEDERAZIONE PUGILISTICA ITALIANA

FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE RICONOSCIUTA DAL CONI

ANNO 2018 Domanda di 1° Tesseramento o Rinnovo MEDICI DI BORDO RING O FISIOTERAPISTI

Genere: Maschile ☐ Femminile ☐

Cittadinanza: Italiana ☐ Unione Eur. ☐ Extracomunitaria ☐

Qualifica: **Medico b.ring** ☐ Iscritto al ruolo ☐ **Fisioterapista** ☐ Iscritto alla FMSI ☐

III LIVELLO ☐	Socio ORDINARIO ☐	Squadra Nazionale ELITE ☐
II LIVELLO ☐	Socio AGGREGATO ☐	Squadra Nazionale FEMMINILE ☐
I LIVELLO ☐	…… ☐	Squadra Nazionale YOUTH-JR. ☐
NON ISCRITTO AL RUOLO ☐		

Il sottoscritto/a .....

nato/a a .... il ..... cittadinanza .....

domiciliato/a a .....provincia .....Cap.....

abitante in Via ..... n…..... Tel. .....

e-mail ..... PEC .....

Cod. Fiscale . |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

domanda di essere tesserato/a alla Federazione Pugilistica Italiana per l'anno 2018.

Dichiara di aver preso esatta visione dello Statuto e dei Regolamenti della F.P.I. di accettarli e volersi in tutto e per tutto uniformare ed assoggettare. Nella quota di tesseramento è compresa la copertura assicurativa Infortuni, ai sensi di legge, nei confronti di tutti i tesserati, il cui dettaglio delle garanzie e dei capitali previsti è riscontrabile nel nostro sito www.fpi.it, e della quale si dichiara di accettarne le condizioni.

…….…… li, ……/……/…… FIRMA DEL RICHIEDENTE ……..

CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Con la sottoscrizione del presente modulo si dichiara di aver preso visione dell'informativa sulla privacy del CONI e della FPI pubblicata sul sito internet www.fpi.it ,e

1) Al trattamento dei dati ed alla loro divulgazione per fini istituzionali dalla FPI con qualsiasi mezzo di comunicazione, ivi compresa la pubblicazione sul sito internet federale nel rispetto della normativa in materia di privacy di cui al D.lgs. 196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali.

   SI ACCONSENTE ☐

2) alla comunicazione dei dati per finalità di marketing e promozionali a terzi con i quali la FPI abbia rapporti di natura contrattuale, e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dai contratti.

   SI ACCONSENTE ☐ NON SI ACCONSENTE ☐

FIRMA _____

N.B. Il consenso di cui al punto 1 è obbligatorio per le finalità istituzionali della FPI mentre al punto 2 è facoltativo.

Dichiara altresì di aver acquisito da parte dei propri tesserati il consenso, previa sottoscrizione della modulistica di tesseramento, al trattamento dei loro dati personali per le finalità indicate nell'informativa. Il Presidente dell'ASD/SSD suddetta conferma la veridicità di quanto riportato nel presente modello e dichiara di accettare incondizionatamente: Statuto, Regolamenti e Circolari FPI.
Inoltre, autorizza l'invio della posta a mezzo e-mail o Posta Elettronica Certificata (PEC) presso il quale andranno trasmessi, nell'ambito della giustizia sportiva ed ai fini dell'efficacia della notifica, gli atti del procedimento che coinvolge i propri tesserati. Tutti i tesserati, all'atto di tesseramento, salvo diversa ed esplicita indicazione, eleggono il proprio domicilio per la Posta Elettronica Certificata (PEC) quello della ASD/SSD di appartenenza e devono dichiarare su apposito modulo di iscrizione alla società stessa di essere a conoscenza di tutte le norme e disposizioni sopra indicate.

FIRMA _____

IL PRESIDENTE C.R. .....