



**Federazione Italiana
Giochi e Sport
Tradizionali**

ITALIA DISCIPLINA SPORTIVA
ASSOCIATA RICONOSCIUTA
DAL CONI

DISCIPLINA SPORTIVA
ASSOCIATA PARALIMPICA
RICONOSCIUTA DAL
COMITATO ITALIANO
PARALIMPICO

Modulo Tesseramento T1

Tesseramento
Stagione:

Nome
Email
Data di Nascita
Luogo di Nascita
Città Residenza
Provincia Residenza
ASD di Riferimento

Atleta Junior
Tecnico
Dirigente
Altre Figure Tesserate

Tipologia Tesseramento Atleta	Agonista
-------------------------------	----------

DIPARTIMENTO TESSERAMENTO	DISCIPLINA

Il sottoscritto dichiara che l'atleta è in regola con le disposizioni vigenti, in materia di tutela sanitaria delle attività sportive per quanto concerne la certificazione di idoneità prevista per la categoria di appartenenza, conservata agli atti della società (D.M. 18/02/1982).

Firma Legale Rappresentante ASD

Cognome
Telefono
Codice Fiscale
Cittadinanza
Via Residenza
CAP Residenza
Sesso

Paralimpico
Macroclasse
Tipologia

Il/La sottoscritto/a Dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali effettuato da F.I.G. e S.T. e di manifestare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per pubblicizzazione delle attività associative svolte da F.I.G. e S.T. tramite diffusione di foto e video degli eventi sportivi regionali, nazionali e internazionali.

Il sottoscritto attesta l'autenticità dei dati e delle firme sopra riportate e dichiara di aver acquisito il consenso sulla tutela dei dati personali (ai sensi dell'ex art.13 Regolamento UE 2016/679) dei tesserati sopraelencati e di conoscere gli obblighi stabiliti dalle leggi vigenti in materia di tutela sanitaria dell'attività sportiva.

I tesserati sono tenuti all'obbligo di certificazione medica di tipo agonistico. Il CERTIFICATO MEDICO AGONISTICO da consegnare alla società sportiva dipenderà dalla tipologia di disciplina praticata. La certificazione medica resterà agli atti della società di appartenenza.

Firma dell'atleta o di chi esercita la potestà parentale

Data
Luogo