**Il/La sottoscritto/a:**

*COMPILARE IN STAMPATELLO MAIUSCOLO*

Cognome: ....................................................................... Nome: ............................................................

Nato/a a: ........................................................................ il ….... /….... /….………. Prov.: .........

Residente in ................................................................... Prov. ........

Via: ................................................................................. n°: .......... CAP: ............................

C.F.: \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Sesso: □ **M** □ **F**

E-mail (IMPORTANTE riceverai la tessera): ……………………………………………………………….……….

Tel.: ………………………………………………….

**Certificato medico non agonistico obbligatorio.**

Data di scadenza certificato: ….... /….... /….……….

Richiede il tesseramento all’associazione ‘’**A.S.D. Teste di Pietra**’’ ed inoltre

**DICHIARA**

* Il proprio consenso all’utilizzo dei dati personali secondo l’art.13 del D.lgs 196/2003 sul trattamento dei dati personali da parte dell’Associazione stessa o di terzi con i quali l’associazione **‘’A.S.D. Teste di Pietra’’** è in contatto per fini istituzionali e non;
* Di aver preso visione e di rispettare il Regolamento Interno di Utilizzo della Palestra e il Regolamento di Pagamento per l’Accesso alla Palestra **‘’A.S.D. Teste di Pietra’’**, pena la revoca dalla qualità stessa di socio;
* Di conoscere le manovre di sicurezza necessarie allo svolgimento della pratica dell’arrampicata sportiva ed esonera pertanto l’associazione **‘’A.S.D. Teste di Pietra’’** dai danni materiali ed immateriali che il socio può venire a creare a sé stesso e ad altri durante lo svolgimento dell’attività sportiva *(Se principiante o non esperto utilizzerò solo la struttura adibita al boulder)*;
* Di essere a conoscenza che la copertura assicurativa\* personale è attiva solo per le attività previste dalla **F.A.S.I.**;
* Lo stato di buona salute per praticare attività sportiva presso l’associazione secondo le normative vigenti, sollevando da ogni responsabilità l’associazione **‘’A.S.D. Teste di Pietra’’**.

Vivaro, li ….... /….... /….………. Firma\*\*: ……………………………………………………………….

\*: Il socio è a conoscenza che la copertura assicurativa sarà sospesa alla scadenza del certificato medico e riprenderà alla consegna del certificato medico aggiornato e di non poter svolgere gare agonistiche e non agonistiche, allenamenti e partecipare a manifestazioni di ogni genere dopo la scadenza della suddetta certificazione medica.

\*\*: Di un maggiorenne, o di chi ne fa le veci.