

**ELENCO TESSERATI BALLI A SQUADRE****2010/2011****Dati anagrafici**

COD. ASSOCIAZIONE _____

Denominazione Ass. _____

REGIONE _____

Classe	C	B	A	<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Variazione dati dal _____
Cod. Atleta _____					
Cognome _____					
Nome _____					
Data nascita ____ / ____ / ____					
Luogo nascita _____					
Prov. _____					<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Indirizzo _____					
Città _____					Prov _____
Telefono _____					
Cellulare _____					E-mail _____

Classe	C	B	A	<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Variazione dati dal _____
Cod. Atleta _____					
Cognome _____					
Nome _____					
Data nascita ____ / ____ / ____					
Luogo nascita _____					
Prov. _____					<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Indirizzo _____					
Città _____					Prov _____
Telefono _____					
Cellulare _____					E-mail _____

Classe	C	B	A	<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Variazione dati dal _____
Cod. Atleta _____					
Cognome _____					
Nome _____					
Data nascita ____ / ____ / ____					
Luogo nascita _____					
Prov. _____					<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Indirizzo _____					
Città _____					Prov _____
Telefono _____					
Cellulare _____					E-mail _____

Classe	C	B	A	<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Variazione dati dal _____
Cod. Atleta _____					
Cognome _____					
Nome _____					
Data nascita ____ / ____ / ____					
Luogo nascita _____					
Prov. _____					<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Indirizzo _____					
Città _____					Prov _____
Telefono _____					
Cellulare _____					E-mail _____

Classe	C	B	A	<input type="checkbox"/> Rinnovo	<input type="checkbox"/> Variazione dati dal _____
Cod. Atleta _____					
Cognome _____					
Nome _____					
Data nascita ____ / ____ / ____					
Luogo nascita _____					
Prov. _____					<input type="checkbox"/> Maschio <input type="checkbox"/> Femmina
Indirizzo _____					
Città _____					Prov _____
Telefono _____					
Cellulare _____					E-mail _____

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di aver provveduto a formalizzare la posizione sanitaria degli atleti di cui sopra, come prescritto dalle vigenti norme di legge e di custodire presso la sede sociale la documentazione relativa. In relazione alla polizza infortuni contratta dall'EPS con la compagnia di assicurazione, il sottoscritto legale, rappresentante dell'associazione, anche per conto dei propri iscritti sopra indicati, dichiara di aver preso visione della stessa e di accettarne le clausole nessuna esclusa. Dichiara inoltre, di consentire, ai sensi della legge 675/96 (riservatezza dei dati personali), al trattamento dei dati personali nello svolgimento del rapporto associativo. Tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza e trasparenza. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti salvo alle compagnie assicuratrici, all'EPS ed al CONI e potranno essere utilizzati per l'invio di corrispondenze. In ogni momento sarà possibile chiedere la modifica o la cancellazione dei dati.

Il Presidente della Associazione