



DOMANDA DI ISCRIZIONE

STAGIONE CALCISTICA: _____

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO/A A: _____ DATA: _____

CODICE FISCALE: _____

INDIRIZZO: _____ C.A.P.: _____

☐ NECESSITA DEL KIT SPORTIVO (compreso nella quota di iscrizione)

DATA SCAD. CERTIFICATO MEDICO: _____

TIPOLOGIA: (agonistico/ non agonistico) _____

n.b. certificato medico agonistico obbligatorio dai 12 anni di età

TESSERAMENTO:

☐ RINNOVO STESSA SOCIETA'

☐ GIA' TESSERATO c/o ALTRA SOCIETA'

☐ PRIMO TESSERAMENTO

MAIL: _____

TELEFONO 1: _____

TELEFONO 2: _____

I sottoscritti: _____ COD. FIS.: _____

genitori del minore: _____

chiedono l'iscrizione alle attività della Associazione Sportiva Dilettantistica O.M.C. Roma

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dei Regolamenti Interni dell'Associazione, del foglio informativo per la stagione sportiva corrente e di accettarli.

Non sussistono obblighi per OMC Roma riguardo alla partecipazione alle gare dei propri tesserati. Le valutazioni tecnico-sportive e di partecipazione agonistica degli atleti a campionati, tornei ed iniziative sono insindacabili e di responsabilità esclusiva dei tecnici assegnati.

I sottoscritti autorizzano l'uso dei dati personali ai soli fini delle attività proposte, ai sensi delle disposizioni di legge vigenti per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Autorizzano inoltre l'utilizzo di eventuali foto o video riguardanti l'attività svolta dal tesserato/a, per fini istituzionali legati ad esclusivo uso promozionale dell'attività stessa e di O.M.C. ROMA, attraverso proprio sito web, materiale cartaceo pubblicitario e album foto.

Roma, li : _____ / _____ / _____

FIRMA: