



## MODULO DI ISCRIZIONE SOCIO ANNO \_\_\_\_\_

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ LUOGO \_\_\_\_\_ (PROV.) \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### CHIEDO

L'iscrizione come Socio al Circolo A.S.D. Tennis Club Arzachena.

Dichiaro di aver preso visione e di accettare il Regolamento allegato al presente foglio. Mi impegno inoltre a versare la quota sociale, pari ad € \_\_\_\_\_,00 (\_\_\_\_\_/00) non comprensiva della quota FIT obbligatoria. Autorizzo il T.C. Arzachena al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 della legge 196/2003 e all'uso di materiale audio - video finalizzato alle attività promo - istituzionali dell'Associazione.

AUTORIZZO:

NON AUTORIZZO:

**È obbligatorio allegare alla presente iscrizione un certificato medico, ovvero per gli atleti un certificato di idoneità sportiva agonistica rilasciato da un medico sportivo.**

Data Certificato Medico      Emissione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_      Scadenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tipologia del certificato medico      AGONISTA       NON AGONISTA

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_