

Modulo iscrizione CAMPUS ACQUATICO

Nome _____ Cognome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Residenza in Via _____ Codice Fiscale _____

Città _____ Prov. _____ Cellulare _____

E-mail _____

In caso di minore, ricevuta intestata a _____

C.F. _____

TIPOLOGIA ATLETA

- AGONISTA ASSOLUTO (RAGAZZI-JUNIOR-CADETTI-ASSOLUTI)
- AGONISTA ESORDIENTE (A o B)
- PROPAGANDA (NATO 2013-2014-2015)
- MASTER
- DIVERSAMENTE ABILE

LIVELLO NATATORIO

- NUOTO DA PIU' DI 5 ANNI
- NUOTO DA 3-5 ANNI
- NUOTO DA MENO DI 2 ANNI
- NUOTO DA POCO TEMPO
- NON HO MAI NUOTATO

SONO TESSERATO PER UNA SOCIETA' SPORTIVA

- SI
- NO



"Privacy"

Informativa ex. art 13 del Regolamento Privacy (Regolamento UE 679/2016 - c.d. "G.D.P.R.")

Desideriamo informarLa che il Regolamento UE 679/2016 (G.D.P.R.) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell'articolo 13 del G.D.P.R., pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati solamente per la gestione dell'Attività istituzionale dell'associazione, con particolare riferimento all'attività sportiva, formativa e ricreativa proposta ai Soci.
2. Il trattamento sarà effettuato con modalità sia manuale che elettronica, utilizzando sia supporti cartacei che informatici, con l'impiego di misure di sicurezza atte a garantire la riservatezza dei dati personali e ad evitare indebiti accessi a soggetti non autorizzati.
3. Il conferimento dei dati è FACOLTATIVO tuttavia il mancato consenso al conferimento dei dati potrà determinare l'impossibilità di costituire il rapporto associativo e di consentire lo svolgimento dell'attività sportiva presso i nostri centri. Per i soci è altresì obbligatoria la comunicazione dei dati alla Compagnia Assicuratrice del tesserato tramite la Federazione CONI o l'Ente cui l'Associazione si affilierà per lo svolgimento delle attività istituzionali. Anche in tal caso il rifiuto di consentire alla comunicazione dei dati comporta la mancata esecuzione o prosecuzione del rapporto.
4. I dati COMUNI potranno essere comunicati ad altri Soci dell'Associazione ed alle Federazioni o Enti cui l'Associazione si affilierà per lo svolgimento delle attività istituzionali.
5. I dati identificativi potranno essere diffusi tramite comunicati affissi presso la sede dell'Associazione e tramite il sito Web dell'Associazione e delle Federazioni o Enti cui l'Associazione si affilierà per lo svolgimento delle attività istituzionali.
6. È prevista la possibilità di utilizzare tramite i canali sopra indicati anche immagini dell'interessato, solo se inerenti all'attività svolta in qualità di Socio dell'Associazione.
7. Il titolare del trattamento è la TA.BU. S.S.D. a r.l., titolare dell'intestazione della presente informativa.
8. Il responsabile del trattamento è il Sig. Alessandro Tamer, in qualità di presidente della società sportiva.

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi degli articoli del capo III, Diritti dell'interessato, dello stesso decreto.

Io sottoscritto/a _____ genitore di _____ (in caso di minore)

- do il consenso
- nego il consenso

al trattamento dei dati personali e sensibili, prendendo atto della Vostra comunicazione relativa ai dati personali e sensibili a me riferiti..

Data

Firma

Io sottoscritto/a _____ (genitore di _____ in caso di minore)
confermo

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19 o, in caso positivo, di aver effettuato due tamponi diagnostici negativi per SARS-COV-2;
- di non avere, per quanto di mia conoscenza, convinti positivi al COVID-19 che possono verosimilmente avermi trasmesso il virus negli ultimi 14 giorni;
- di impegnarmi a rispettare le norme date sul distanziamento sociale, uso della mascherina, lavaggio delle mani e ogni altra disposizione in merito impartita dal datore di lavoro;
- di aver compreso che non devo recarmi al lavoro in caso di comparsa di sintomi di malattia COVID-19 (febbre, mal di gola, tosse, difficoltà respiratoria, perdita dell'olfatto e del gusto, diarrea, dolori articolari e muscolari diffusi o altri sintomi), ma contattare il medico curante;
- di sapere che in caso di comparsa di sintomi sul luogo di lavoro devo avvisare immediatamente un responsabile e mantenere le distanze dalle altre persone.

Data

Firma

