

KICKBOXING BOLZANO



ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA ( A.S.D. )

**FEDERKOMBAT WAKO CONI**

**DAL 1986**

**Codice fiscale n. 94027290215**

**c/o M.o Magri Vito - 39100 Bolzano - Via Resia n. 180/15**

**Cell. 3489325033**

**e-mail**[**info@kickboxingbolzano.it**](mailto:info@kickboxingbolzano.it) **– web :** [**www.kickboxingbolzano.it**](http://www.kickboxingbolzano.it)

**PEC:** [**vito.magri@pec.kickboxingbolzano.it**](mailto:vito.magri@pec.kickboxingbolzano.it)

**RICHIESTA D’ISCRIZIONE IN QUALITA’ DI SOCIO ( Compilare leggibile )**

**Il/La sottoscritto/a ( Cognome e nome )………...............................................................................................**

**nato/a a................................................................................................Prov...............il......................................**

**residente a...........................................................................................................CAP…………….Prov. …......**

**Via………………………………………………………………………..…...Tel/Cel ....………………………….……**

**Cod. Fisc. ………………………………………….E- Mail………………………………………….………………….**

**presenta domanda d’iscrizione alla KICKBOXING BOLZANO A.S.D. per la sezione**

**□ Fitness** **□ Kickboxing**

**Con la sottoscrizione il Socio si impegna:**

1. **ad accettare ed osservare lo Statuto dell’Associazione;**
2. **ad esibire idonea certificazione medica ( D M SALUTE 24.4.2013 );**
3. **a versare la quota associativa**

**Si dichiara di aver ricevuto adeguate informazioni circa il protocollo SAFEGURDING ed in merito alla figura del SAFEGUARDING OFFICER.**

**Ho ricevuto, inoltre, in allegato al presente modulo l’informativa sul trattamento dei dati come previsto dal Regolamento Europeo n. 2016/679 .**

**Data .................................... Firma ......................................................................................**

**(del genitore o tutore se minore)**

**ALLEGARE AL MODULO D’ISCRIZIONE**

1. **Certif. medico idoneità alla pratica sportiva:**

**□ Kickboxing certificato medico agonistico**

**□ Fitness certificato medico non agonistico**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**RISERVATO ALL’ASSOCIAZIONE**

**Ai sensi dell’ art. 6, c. 2) dello Statuto dell’ASD Libertas Kickboxing Bolzano la presente domanda di iscrizione costituisce la qualifica di associato atleta**

**Il Presidente**

**ANNO ACCADEMICO ..............................**

**...............................................**

**ALLEGATO ALLA DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO DELLA KICKBOXING BOLZANO A.S.D.**

**Il richiedente è consapevole che Kickboxing Bolzano Associazione Sportiva Dilettantistica ( A.S.D. ) svolge l’attività di insegnamento, sviluppo, promozione ed organizzazione dello sport dilettantistico della Kickboxing che utilizza tecniche di percussione e di lotta, in tutte le sue discipline, varianti, anche nelle sue forme derivate e complementari nonché nella sua componente, sportiva, agonistica, amatoriale, didattica ad essa connessa; lo sviluppo, la promozione, l’organizzazione di ogni attività sportiva e preparatoria dal punto di vista fisico/atletico connessa con la disciplina della Kickboxing anche nelle sue varianti, nelle forme derivate e complementari, sia dal punto di vista agonistico che da quello amatoriale e ludico; lo sviluppo, la promozione, l’organizzazione di ogni forma di ginnastica finalizzata alla salute ed al fitness e, in subordine, quella di organizzare ogni altra attività sportiva e ricreativa utilizzabile dai Soci per il tempo libero.**

**Il richiedente si impegna a presentare contestualmente alla richiesta di adesione a Socio**

* **Certificato medico di idoneità alla pratica agonistica e/o amatoriale della kickboxing in tutte le sue forme derivate e complementari e della ginnastica finalizzata alla salute ed al fitness;**
* **Attestazione comprovante l’avvenuto versamento della quota associativa;**
* **Dichiarazione relativa all’avvenuta informazione sul trattamento dei dati personali**

**Il richiedente dichiara espressamente di accettare il tesseramento presso le Federazioni Sportive Nazionali( FSN– DSA ) Enti Promozione Sportiva ( EPS ) a cui l’A.S.D. Libertas Kickboxing Bolzano delibererà di affiliarsi, accettandone integralmente Statuti e Regolamenti.**

**Il richiedente è consapevole che, qualora chiedesse espressamente di effettuare una lezione di prova, l’ammissione alla prova avverrà a suo rischio e pericolo in caso di infortunio in quanto non in regola con i previsti adempimenti connessi al tesseramento alla FSN – DSA – EPS a cui l’ASD Libertas Kickboxing Bolzano aderisce e quindi privo delle coperture assicurative.**

**Si precisa che le lezioni di prova, a tutela dell’incolumità del richiedente, si svolgeranno con una modalità di basso impatto dal punto di vista fisico e cardiocircolatorio e - in ogni caso - previa presentazione di idonea certificazione medica.**

**Luogo e data ……………………………………**

**Firma del richiedente o del genitore o tutore se minore**

**………………………………………………………………………………………**