

MODULO TESSERAMENTO STAGIONE SPORTIVA 2024-2025



Società/Associazione/Squadra:		
Regione	Provincia	Comune

Il sottoscritto chiede di associarsi alla Associazione Nazionale OPES per partecipare alle attività da essa promosse. A tal fine ne accetta lo statuto e i regolamenti dichiarando di essere in possesso della certificazione sanitaria, come previsto dalle norme vigenti, per le attività sportive svolte.

Autorizzo ad utilizzare e gestire i dati personali e le immagini per fini istituzionali anche attraverso strumenti informatici ai sensi della legge sulla privacy N°675-676/96, N°196/2003 e successive modifiche.

TESSERA N°	Cognome	Nome	codice fiscale	Data di nascita	Luogo di Nascita	Sesso M/F	RESIDENZA				Telefono	Firma
							Indirizzo	CAP	Comune	Prov		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												

Il Presidente della Società dichiara che tutti i tesserati sopra elencati sono in possesso della certificazione medica per l'attività sportiva praticata e che la relativa certificazione è conservata agli atti della Società.

Data accettazione

DATA:

IL PRESIDENTE: Cognome e Nome

FIRMA: