



# Associazione Sportiva Dilettantistica No Limits

Team accreditato con Special Olympics Italia per l'anno sportivo corrente

Sede sociale: via Griffini, 15 - 26900 Lodi C.F. 92540190151

IBAN IT56W0538720301000042736021 BPER Banca

infoasdnolimits@gmail.com www.asdnolimitslodi.org FB ASD No Limits Lodi @asdnolimits

## MODULO ADESIONE ASD NO LIMITS

(da compilare in STAMPATO MAIUSCOLO in tutte le sue parti)

**(evidenziare o sottolineare tutti i dati che sono cambiati rispetto allo scorso anno)**

COGNOME .....NOME .....

DATA DI NASCITA .....LUOGO .....

INDIRIZZO .....

CITTÀ .....PR .....CAP .....

TELEFONO .....MAIL .....

COD: FISCALE .....

Dichiaro sotto la mia responsabilità che i dati indicati nel presente modulo da me compilato sono veritieri.

Con la firma acconsento e autorizzo al trattamento dei dati coperti e tutelati dalla legge sulla Privacy italiana e dal GDPR – Regolamento Generale sulla Protezione Dati, in vigore in tutti i paesi dell'Unione Europea dal 25 maggio 2018 (in inglese *General Data Protection Regulation*, ufficialmente regolamento UE n. 2016/679).

Dichiaro di aver preso visione delle privacy policy sul sito web [www.asdnolimitslodi.org](http://www.asdnolimitslodi.org)

**Firma Atleta maggiorenne o del Tutore/Genitore (se l'atleta è minorenne)**

X.....Data.....

Con la firma autorizzo ASD NO LIMITS a fare uso della mia immagine video o fotografica, senza alcun indennizzo, allo scopo di pubblicizzare, promuovere, sostenere o comunicare le attività di ASD NO LIMITS.

**Firma Atleta maggiorenne o del Tutore/Genitore (se l'atleta è minorenne)**

X.....Data.....

autorizzo inoltre l'Associazione: - ai sensi e per gli effetti di cui alla Legge a tutela della privacy (D.Lgs. 196/2003) –a prestare agli Enti/Federazioni a cui è affiliata il proprio consenso al trattamento dei dati personali conferiti per le finalità e secondo le modalità indicate nell'informativa pubblicata in merito. Si impegna a rispettarne lo Statuto, i Regolamenti, i deliberati degli Organismi dirigenti e ad accettarne la polizza assicurativa prevista, e comunque tutto quanto previsto dall'ordinamento sportivo.

**Firma Atleta maggiorenne o del Tutore/Genitore (se l'atleta è minorenne)**

X.....Data.....

### PER LA RICEVUTA DEL PAGAMENTO

Nome e Cognome dell'atleta: .....

NOME E COGNOME DELL'INTESTATARIO PER LA RICEVUTA:

.....  
INDIRIZZO DELL'INTESTATARIO (via, cap, città):

.....  
CODICE FISCALE: .....