

CAMPIONATO NAZIONALE CALCIO a 11 – 8 – 5

MISANO ADRIATICO / CATTOLICA

13 – 14 - 15 settembre 2024

MODULO ISCRIZIONE FINALI NAZIONALI 2024

Il sottoscritto _____
Cognome Nome

Presidente dell'associazione _____

Recapito ufficiale c/o _____

Città _____ prov. _____ cap. _____

Via _____ nr. _____

Tel. _____ - _____ Fax _____ - _____ cell. _____ - _____

E-mail _____ @ _____

Colore maglie principale _____ riserva _____

Note _____

Appartenente ai Settori calcio ASC : Provincia _____ Regione _____

Chiede

L'iscrizione della stessa alla seguente manifestazione nazionale;

Apporre una X sul quadratino posto a sinistra della manifestazione scelta

- ☐ Finali nazionali calcio a 11
- ☐ Finali nazionali calcio a 5
- ☐ Finali nazionali calcio a 8

Dichiara

Di conoscere e accettare lo Statuto, i Regolamenti e le Norme che regolano l'attività dello ASC Nazionale e le norme in materia di tutela sanitaria e che, tutti i propri atleti partecipanti alla manifestazione sono in possesso dei **certificati medici di idoneità specifica al gioco del calcio, in vigore alla data della manifestazione**, previsti in relazione alla **qualificazione agonistica della manifestazione**, e che tali certificati sono custoditi presso la sede dell'associazione

Autorizza

l'ASC nazionale ed il Settore calcio nazionale ASC, ai sensi della legge 196/03 (tutela dati personali), a utilizzare i dati forniti ai fini attinenti alla manifestazione alla quale la propria associazione è iscritta. Si autorizza altresì il trattamento e la divulgazione dell'immagine dei propri tesserati, purché ripresa nel contesto della manifestazione sportiva in argomento (es.: fotografie ritraenti le squadre partecipanti, le varie azioni di gioco, la cerimonia pubblica di premiazione dei vincitori del torneo, ecc.)

Data ____ / ____ / ____

firma e timbro

ELENCO ATLETI

ASSOCIAZIONE _____ REGIONE _____ PROV _____

DISCIPLINA _____

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA NASCITA	N. TESSERA ASC
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			



RESPONSABILE GRUPPO _____ CELLULARE _____

RESPONSABILE GRUPPO _____ CELLULARE _____

Il presidente dichiara che, tutti i propri atleti partecipanti alla manifestazione sono in possesso dei **certificati medici di idoneità specifica al gioco del calcio, in vigore alla data della manifestazione, previsti in relazione alla qualificazione agonistica della manifestazione**, e che tali certificati sono custoditi presso la sede dell'associazione.

Si autorizza altresì il trattamento e la divulgazione dell'immagine dei propri tesserati, purché ripresa nel contesto della manifestazione sportiva in argomento (es.: fotografie ritraenti le squadre partecipanti, le varie azioni di gioco, la cerimonia pubblica di premiazione dei vincitori del torneo, ecc.)

Luogo e data

Timbro Società e Firma Presidente

ELENCO ACCOMPAGNATORI



ASSOCIAZIONE _____ REGIONE _____ PROV _____

DISCIPLINA _____

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA NASCITA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		