



**DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO DEL
CASTENASO VOLLEY A.S. Dilettantistica**
Via Marciapesce 13 – 40055 Castenaso BO
www.castenasovolley.com / castenasovolley@gmail.com
ANNO AGONISTICO 2018-2019

Il sottoscritto Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ Cap _____

In via _____ tel abitazione _____

Codice fiscale atleta _____

Cellulare atleta ☎ _____ Cellulare Genitore ☎ _____

Indirizzo e-mail _____ @ _____

Chiede di essere tesserato per la FIPAV e di essere ammesso quale socio dell'Associazione e si impegna a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi sociali validamente costituiti. A tale scopo dichiara di conoscere e accettare lo statuto sociale. La domanda ha validità, come da statuto, fino al 30/06 di ogni anno, per l'anno successivo dovrà essere ripresentata e pagata la relativa quota associativa.

CERTIFICATO MEDICO OBBLIGATORIO

Idoneità agonistica OPPURE Buona salute (medico di base – libretto verde)
Da consegnare entro il _____ (data di scadenza del certificato in ns. possesso)

Acquisizione del consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi dell'art. 23 del d.lgs n. 196/2003. (Codice in materia di protezione dei dati personali)

Il/la sottoscritto/a, _____
Autorizza il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n°196 – "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 GDPR 679/16 – "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali" e consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

firma leggibile dell'atleta o del genitore per i minorenni _____

COPERTURE ASSICURATIVE

Dichiaro di aver preso visione delle coperture assicurative BASE fornite con il Tesseramento Fipav e non intendo avvalermi della facoltà di integrazione della garanzia per aumentare i massimali (Morte e I.P 80.000.000€ franchigia 6% - Rimborso spese mediche con intervento 1.000€ scoperto 10% minimo 250€ - limite per fisioterapia 500€). Vedere 2' pagina per l'integrazione facoltativa.

firma leggibile dell'atleta o del genitore per i minorenni _____

DICHIARAZIONE LIBERATORIA DI RESPONSABILITA'

Dichiaro di sollevare la società Castenaso Volley ASD e le persone che per suo conto accompagneranno gli/le atleti/e minorenni, da qualsiasi responsabilità inerente al trasporto/accompagnamento ad allenamenti, partite, tornei ecc., per tutta la stagione agonistica 2018/19, sia che esso avvenga con autovetture proprie, con pulmino della Società o pedonale.

Castenaso, lì _____ firma leggibile del genitore _____

INFORMATIVA ai sensi dell'art.13 del DECRETO LEGISLATIVO 196/2003

(codice in materia di protezione dei dati personali)

Il D.lgs n.196 del 30/6/2003 (codice in materia di protezione dei dati personali) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, il trattamento da parte del Castenaso Volley PCD dei dati personali acquisiti in relazione ai rapporti intercorsi con persone o società o a quelli che potranno essere intrattenuti in futuro è improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della riservatezza e dei diritti dell'interessato. Ai sensi dell'art.13 del D.lgs n. 196/2003 si forniscono, pertanto, le seguenti informazioni. I dati personali vengono trattati per finalità inerenti la gestione dell'attività dell'associazione, con particolare riferimento agli adempimenti di natura sportiva, amministrativa e promozionale, nonché in ottemperanza ad obblighi di legge o di regolamento sportivo. Il trattamento avverrà nel rispetto della normativa sopra richiamata con il supporto di mezzi cartacei e/o informatici, comunque mediante strumenti idonei a garantire la loro sicurezza e la riservatezza. L'ambito del trattamento sarà limitato al territorio italiano ed i dati potranno essere comunicati, per le finalità di cui sopra, a soggetti esterni in ragione di rapporti di natura sportiva e/o economica in essere. **E' prevista la possibilità di utilizzare anche immagini dell'interessato inerenti all'attività svolta dall'associazione.** L'eventuale rifiuto a fornire i dati può comportare la mancata o parziale esecuzione del rapporto. In ogni momento l'interessato può esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.lgs n. 196/2003, e quindi richiedere al titolare o al responsabile di conoscere l'esistenza o meno di propri dati, di ottenere la cancellazione, la rettifica, l'aggiornamento e l'integrazione, nonché opporsi al loro utilizzo per le finalità sopra indicate. Titolare del trattamento è la società Castenaso Volley – AS Dilettantistica, con sede in Castenaso BO, via Marciapesce 13, che ha provveduto ad attribuire formalmente gli incarichi al trattamento come previsto dalla vigente normativa.

Specifiche polizza infortuni INTEGRATIVA ad adesione FACOLTATIVA Stagione sportiva 2017-2018 (Fipav non ha ancora comunicato aggiornamento)

• MASSIMALI PER MORTE E INVALIDITÀ PERMANENTE:

Morte: €. 160.000,00 (compresi € 80.000 della polizza base)

Invalidità Permanente: €. 160.000,00 (compresi € 80.000 della polizza base)

con franchigia del **6%** sui primi € 80.000 e del **4%** sugli ulteriori € 80.000,00.

• MASSIMALI RIMBORSO SPESE MEDICHE DA INFORTUNIO:

- RSM: € 3.000,00 (scoperto del 10% con minimo € 200,00-compresi € 1.000 polizza base)

Rimborso previsto a seguito di intervento chirurgico, anche ambulatoriale, e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente Con sotto-limite per fisioterapia di € 1.500,00

- RSM: € 1.000,00 (scoperto del 10% con minimo € 200,00)

Rimborso previsto anche senza intervento chirurgico e/o applicazione di gesso e/o tutore equivalente con sotto-limite di 500,00 € per fisioterapia.

• SPECIFICHE:

La garanzia copre, ferme le condizioni generali, le spese sostenute a seguito di infortunio anche non comportante intervento chirurgico, per:

- a) Accertamenti diagnostici, compresi gli onorari di medici o di Specialisti abilitati, analisi ed esami diagnostici e di laboratorio, cure mediche specialistiche ambulatoriali;
- b) Cure mediche fisioterapiche ambulatoriali anche riabilitative, sempre che prescritte dal medico curante dell'Assicurato;
- c) Prestazioni mediche o infermieristiche, trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati da medici;
- d) Esami, medicinali non mutuabili dal S.S.N. sempre che prescritti dal medico curante dell'Assicurato;
- e) Cure dentarie, rese necessarie dall'infortunio, incluse le spese per eventuali protesi in diretta ed esclusiva connessione con l'infortunio stesso, effettuate nei 120 giorni successivi alla data del sinistro, sempre che l'evento sia provato da apposita certificazione rilasciata dallo specialista.

• MODALITA' DI ADESIONE:

Le adesioni facoltative potranno essere effettuate

esclusivamente entro il termine ultimo del 30 novembre 2018.

Oltre tale termine saranno consentite estensioni esclusivamente entro 15 giorni dalla data di tesseramento solo per nuovo tesseramento e/o trasferimento da altra Società.

• PREMI DI POLIZZA: Adesioni a premio individuale € 30,00.

• DECORRENZA DELLA GARANZIA: Dalla data di richiesta della società.

• TERMINE DELLA GARANZIA: 30/06/2019.