



**DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO DEL
CASTENASO VOLLEY A.S. Dilettantistica**
Via Turati 46/5 – 40055 Castenaso BO
www.castenasovolley.com / castenasovolley@gmail.com
ANNO AGONISTICO 2023-2024

L'atleta 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 di 20€** comprensiva della copertura assicurativa BASE

IL CERTIFICATO MEDICO IN CORSO DI VALIDITA' E' OBBLIGATORIO

Idoneità agonistica (OVER 12) OPPURE Buona salute (medico di base – libretto verde) (MINIVOLLEY)

Acquisizione del consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili

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, in particolare: **la diffusione dei dati personali nei bollettini sociali periodicamente pubblicati e diffusi anche online**; 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. (vedi retro)

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

COPERTURE ASSICURATIVE

Dichiaro di aver preso visione la copertura assicurativa BASE comprese nella quota associativa (Morte e I.P 100.000.000€ franchigia 8% - Rimborso spese mediche con intervento o gesso 1.000€ scoperto 10% minimo 250€ - limite per fisioterapie 500€) fornite con il Tesseramento Fipav (attivabile con certificato del Pronto Soccorso) e NON intendo avvalermi della facoltà di integrazione della garanzia. Vedi retro per copertura integrativa 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, da qualsiasi responsabilità inerente al trasporto/accompagnamento ad allenamenti e/o partite.
- Se necessario per disposizioni legislative, autorizzo la società Castenaso Volley ASD e le persone che operano per suo conto, a verificare l'autenticità e la validità delle certificazioni GREEN PASS per il Covid-19, senza memorizzare informazioni personali, sul dispositivo tramite il quale viene effettuato il controllo.

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

Castenaso, lì _____

INFORMATIVA ai sensi dell'art.13-14 del GDPR 2016/679

(codice in materia di protezione dei dati personali)

Il titolare del trattamento dati è Castenaso Volley ASD, con sede in via Turati 46/5 Castenaso. Il responsabile del trattamento nella persona del Presidente dell'Associazione Dilettantistica Sportiva, cui è possibile rivolgersi per esercitare e/o per eventuali chiarimenti in materia di tutela dati personali, è raggiungibile all'indirizzo info@castenasovolley.it.

L'Informativa completa è scaricabile sul sito www.castenasovolley.com sezione Documenti Utili.

Specifiche polizza infortuni INTEGRATIVA ad adesione FACOLTATIVA - Stagione sportiva 2023/2024

COPERTURA EUROSPORT

- **COSTO UNITARIO** € 22,00
- MORTE € 10.000,00
- INVALIDITÀ PERMANENTE € 20.000,00
- FRANCHIGIA I.P. Tabella INAIL 3 %
- RIMBORSO SPESE SANITARIE € 2.500,00 (intervento chirurgico anche senza ricovero inclusa la riduzione di frattura)
- RIMBORSO SPESE SANITARIE (senza intervento chirurgico) € 500,00 Franchigia € 52,00
- DIARIA RICOVERO € 20,00 (Ogni giorno di pernottamento, massimo 120 gg, senza franchigia)
- GESSATURA € 20,00 Gessatura (Massimo 45 gg, senza franchigia)
- TERMINE DELLA GARANZIA: 30/08/2024.

PER ACCEDERE ALLA RICHIESTA DI RIMBORSO OBBLIGATORIO CERTIFICATO DI PRONTO SOCCORSO O CERTIFICATO MEDICO SPECIALISTICO REDATTO ENTRO LE 72 ORE DAL SINISTRO.