



**DOMANDA RICHIESTA TESSERAMENTO MINORI
PER LA PARTECIPAZIONE ALLE
ATTIVITA' DELL'ASSOCIAZIONE**

CASTENASO VOLLEY A.S. Dilettantistica

Via Turati 46/5 – 40055 Castenaso BO

C.F. 03722370370 – Partita Iva 080340067

www.castenasovolley.com / castenasovolley@gmail.com

ANNO AGONISTICO 2024-2025

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il _____

a _____ C.F. _____

Residente a _____ In via _____

Cellulare _____ E-mail _____

Chiede per conto del/la proprio/a figlio/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a il _____ a _____

Residente a _____ In via _____

Codice fiscale _____ Nazionalità _____

Chiede che possa partecipare alle attività organizzate dall'associazione e di essere tesserato per la FIPAV (scadenza 30/06/2025) e/o per la UISP (scadenza 31/08/2025). Il costo del tesseramento varia in base all'età (vedi retro)

Acquisizione del consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili

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 dell'atleta, solo se ha compiuto 14 anni

_____ firma del genitore

COPERTURE ASSICURATIVE

Dichiara di aver preso visione la copertura assicurativa BASE (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 dell'atleta, solo se ha compiuto 14 anni

_____ firma del genitore

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.

_____ firma dell'atleta, solo se ha compiuto 14 anni

_____ firma del genitore

ADEGUAMENTO ALLE POLITICHE DI SAFEGUARDING

Dichiaro di aver preso visione del regolamento ai sensi del d.lgs. n. 36 del 28 febbraio 2021 e del d.lgs. n. 39/2021 e ss.mm.ii vi. Il modello organizzativo e di controllo dell'attività sportiva è pubblicato sul sito www.castenasovolley.com, sezione documenti utili.

_____ firma dell'atleta, solo se ha compiuto 14 anni

_____ firma del genitore

E' OBBLIGATORIO PRESENTARE IL CERTIFICATO MEDICO IN CORSO DI VALIDITA'

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

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 2024/2025

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: 31/08/2025.

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

COSTI TESSERAMENTO FIPAV

Nati/e negli anni 2012-2019 (M/F)	2,50€
Nati/e negli anni 2009-2010-2011 (M/F)	5,00€
Nati/e negli anni 2001-2008 (M/F)	9,00€
Nati/e nell'anno 2000 e precedenti	15,00€

COSTI TESSERAMENTO UISP

Atleti di 16 anni compiuti	11,50€
Atleti sotto i 16 anni	5,50€