W.A.B.B.A.
Italia

CENTRO SPORTIVO csen EDUCATIVO NAZIONALE

MODULO AFFILIAZIONE SOCI SOSTENITORI

DATA _____ PALESTRA _____ FIRMA _____

Numero tessera WABBA	Numero tessera CSEN	Nome e cognome	Data di nascita e luogo	Indirizzo	E-mail	Telefono

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di aver provveduto a formalizzare la posizione sanitaria degli atleti di cui sopra, come prescritto dalle vigenti norme di legge e di custodire pressola sede sociale la documentazione relativa. In relazione alla polizza infortuni contratta dal Csen con la compagnia di assicurazione, il sottoscritto legale rappresentante dell'associazione, anche per conto dei propri iscritti sopra indicati, dichiara di aver preso visione della stessa e di accettarne le clausole nessuna esclusa. Dichiara inoltre, di consentire, ai sensi della legge 675/96 (riservatezza dei dati personali), al trattamento dei dati personali nello svolgimento del rapporto associativo. Tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza e trasparenza. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti salvo alle compagnie assicuratrici del CONI e potranno essere utilizzati per l'invio di corrispondenze. In ogni momento sarà possibile chiedere la modifica o la cancellazione dei dati.

Il Presidente della A.S. _____

ASD WABBA ITALIA Via Caprera, 1 - 37100 Verona (VR) / PRESIDENZA NAZIONALE E SEGRETERIA Gianni Coselli Tel. 348.2341136