



BASKET CLUB ARLUNESE

Associazione Sportiva Dilettantistica

ALLEGATO 1 ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE AL TESSERAMENTO DI

_____ (NOME COGNOME ATLETA)

Certificazioni mediche di idoneità all'attività sportiva

Mi impegno inoltre a rispettare le disposizioni in materia di certificazioni mediche per l'idoneità all'attività sportiva; allo scopo dichiaro:

- di produrre la certificazione medica per l'idoneità all'attività sportiva entro la data di scadenza di quella precedente o, se trattasi di prima visita, entro l'inizio dell'attività;
- di aver preso visione del 'Regolamento Sanitario' della Federazione Italiana Pallacanestro, disponibile sul sito internet www.fip.it (sezione Regolamenti / Statuto e carte federali) in materia di certificazioni mediche agonistiche e non agonistiche, impegnandomi a rispettare le indicazioni in esse riportate.

Assicurazione

La ASD Basket Club Arlunese è affiliata al CONI attraverso la Federazione Italiana Pallacanestro e ad altri Enti di Promozione Sportiva riconosciuti (Es. U.I.S.P. – Unione Italiana Sport per tutti). I partecipanti alle attività motorie e sportive fruiscono di assicurazione RC e contro infortuni, attraverso polizze nazionali di base stipulate dai suddetti Enti cui gli stessi vengono tesserati in relazione all'attività praticata. Si segnala che dette polizze di base prevedono una tipologia di indennizzo forfetario (con tabella legata alla tipologia di infortunio, indipendentemente dall'esito più o meno efficace delle terapie e dai costi sostenuti) e le cui condizioni (compresa la percentuale di franchigia applicata) variano a seconda della compagnia assicurativa convenzionata. Sui siti internet della Federazione Italiana Pallacanestro (www.fip.it) e dell'Ente di Promozione Sportiva U.I.S.P. (www.uisp.it), ed a richiesta presso il Consiglio Direttivo della società, sono consultabili le condizioni di polizza predisposte dalle varie compagnie assicuratrici convenzionate affinché il Tesserato (o suo Tutore) possa prenderne conoscenza e valutare l'opportunità di stipulare eventuali polizze integrative, il cui costo è da considerarsi aggiuntivo e a carico del Tesserato (o suo Tutore) stesso. Tenendo conto che ogni sinistro riguardante traumi dentali non è mai coperto dalle suddette polizze assicurative, si raccomanda l'uso di parodonti da parte degli Atleti Tesserati.

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sopra riportata, di averla compresa e di accettare le condizioni delle polizze base proposte dalle compagnie assicuratrici convenzionate della Federazione Italiana Pallacanestro (www.fip.it) e dell'Ente di Promozione Sportiva U.I.S.P. (www.uisp.it) rispetto alla/alle attività richiesta/e.

BCA – Basket Club Arlunese

Via Damiano Chiesa, 2 – 20010 Arluno (MI)

P.I. 11932050153

Tel. & Fax. 02 90379181

e-mail: consiglio.direttivo@basketclubarlunese.it

www.basketclubarlunese.it

Affiliato a Federazione Italiana Pallacanestro Cod. n° 000464

e-mail: 000464@spes.fip.it



PRIVACY - DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a, in qualità di richiedente all'ammissione a Tesserato/a, di sé stesso o del minore da me tutelato, della ASD Basket Club Arlunese, letta l'informativa riportata sul sito www.basketclubarlunese.it alla voce Privacy, apponendo la mia firma in calce al presente modulo acconsento al trattamento dei miei dati personali nelle modalità e per le finalità indicate nella stessa e strettamente connesse alla gestione del rapporto di tesseramento.

AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICAZIONE DELLE IMMAGINI

Il/la sottoscritto/a autorizzo la pubblicazione sul sito web e/o sulle pagine Facebook / Instagram dell'Associazione di mie fotografie e/o filmati e/o del/della minore da me tutelato/a) a suo esclusivo utilizzo e solo per finalità istituzionali e non commerciali correlate alle attività della stessa.

Nego l'autorizzazione alla pubblicazione delle immagini

APPONENDO LA MIA FIRMA IN CALCE AL PRESENTE MODULO DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DEI REGOLAMENTI INTERNI E DELLE INFORMATIVE DI CUI SOPRA, E DI ESPRIMERE I CONSENSI E LE AUTORIZZAZIONI RICHIESTE.

Arluno (Mi), li _____ Firma _____