



SCHEDA DI ISCRIZIONE

Nome _____ Cognome _____

Via _____ n° _____ Città _____ (____) CAP _____

Nato a _____ (____) il ____/____/____

Codice Fiscale / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ Professione _____

Tel. Abitazione _____ Cellulare _____

E-mail _____ @ _____

(la presenza di questo dato consente alla suddetta Società di inviare tutte le informative per posta elettronica)

Brevetti Subacquei acquisiti _____ N° brevetto _____

Rilasciato da _____

Chiede ***l'ammissione a Socio*** della Società Sportiva SUB RIMINI GIAN NERI.*Dichiara a tal proposito di essere a conoscenza dello Statuto della Società Sportiva SUB RIMINI GIAN NERI e di accettare incondizionatamente tutti i diritti e doveri che ne derivano* ***l'ammissione al Corso*** (barrare la casella che interessa):

<input type="checkbox"/>	Sommozzatore 1° grado AR
<input type="checkbox"/>	Sommozzatore 2° grado AR
<input type="checkbox"/>	Immersioni profonde
<input type="checkbox"/>	Sommozzatore Esperto 3° grado AR
<input type="checkbox"/>	Corso di specializzazione:

<input type="checkbox"/>	Apnea 1° grado
<input type="checkbox"/>	Apnea 2° grado
<input type="checkbox"/>	Apnea sportiva
<input type="checkbox"/>	Apnea agonistica
<input type="checkbox"/>	Hockey subacqueo

*organizzato dalla Società Sportiva SUB RIMINI GIAN NERI. Dichiara a tal proposito di essere a conoscenza dei regolamenti F.I.P.S.A.S. per i Corsi Federali Sommozzatori Sportivi e solleva da ogni e qualsiasi responsabilità la SUB RIMINI GIAN NERI, il Direttore dei Corsi ed il Corpo Insegnanti per incidenti e/o danni causati a persone e/o a cose.****Dichiaro inoltre di essere stato informato che, tra le altre, le seguenti patologie possono produrre effetti pericolosi durante l'immersione con autorespiratore:***

- *apparato respiratorio (asma, pneumotorace, bronchiettasie.)*
 - *apparato circolatorio (cardiopatie in genere)*
 - *apparato neurologico (svenimenti, epilessia, ...)*

- *apparato uditivo (otiti frequenti, labirintiti)*
 - *apparato endocrino (diabete, ipertiroidismo - ipotiroidismo)*

Per altre patologie meno comuni siete pregati di rivolgervi al Vs. medico di fiducia oppure ad un esperto in medicina iperbarica.***Ai fini della tutela sanitaria dell'associato che svolge attività sportiva e/o ricreativa subacquea, per lo svolgimento di tutte le attività didattiche e sociali è richiesta la presentazione del Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva completo di tracciato ECG, rilasciato dal Medico di Base da consegnare entro dieci giorni dall'iscrizione alla Segreteria della Società.***

RIMINI _____

Firma _____

Per i minorenni firma del genitore o del tutore

INFORMATIVA SULLA PRIVACY: dichiaro di aver ricevuto l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003, recante il nuovo "Codice in materia di protezione dei dati personali", ed acconsento al loro trattamento, in forma manuale e/o automatizzata, nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Il titolare del trattamento è l'Associazione "SUB RIMINI GIAN NERI", in persona del proprio legale rappresentante pro tempore. In relazione ai dati conferiti, l'Associato potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003: conferma dell'esistenza dei dati, origine, finalità, aggiornamento, cancellazione, diritto di opposizione.

L'Associato cede alla SUB RIMINI GIAN NERI, a titolo gratuito, il diritto di utilizzare la propria immagine filmata o fotografata nell'ambito di filmati o di stampati aventi scopo informativo o istituzionale relativi all'attività sportiva dell'Associazione stessa. Ne vieta, altresì, l'uso in contesti che ne pregiudichino la dignità personale ed il decoro. La posa e l'utilizzo delle immagini dell'Associato sono da considerarsi effettuate in forma gratuita.

Consento, altresì, 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, dai contratti, dalle norme statutarie e da quelle dell'ordinamento sportivo.

Acconsento ___ Non acconsento ___

Firma _____

Per i minorenni firma del genitore o del tutore