

DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE DEL REGOLAMENTO SUI DATI PERSONALI, SOTTOSCRIVO, ACCONSENTO APPONENDO LA MIA FIRMA SUI PUNTI SOTTOSTANTI.	Firma dove c'è il segno "x"
1. Ho preso visione e approvato lo statuto sociale ed il regolamento, impegnandomi a pagare la quota sociale annuale e ho ricevuto l'informativa sull'utilizzo dei miei dati personali ai sensi della legge 196/03 e del "General Data Protection Regulation" (GDPR) (EU) 2016/679. L'informativa sui dati personali è presente alla pagina: http://nordicwalkingaltinum.it/index.php/informativa-ai-sensi-della-normativa-sulla-protezione-dei-dati-personali/	x
2. Acconto al trattamento dei miei dati personali nella misura necessaria al perseguimento degli scopi associativi.	x
3. Acconto anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli Enti a cui l'ASD aderisce nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi di legge e statuari.	x
4. Autorizzo la pubblicazione di foto o video con la mia immagine effettuate durante le attività sportive e sociali e che le stesse immagini vengano diffuse a terzi e/o a sponsor anche in occasioni di campagne pubblicitarie, fiere, congressi o altre manifestazioni pubbliche, con qualunque mezzo legale, a stampa o per via etere o elettronica in tutte le sue forme, ad esempio cd, dvd, siti internet, audiovisivi, youtube, facebook e altri social media.	x
5. Sono consapevole, che sussiste l'OBBLIGO di presentare un CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA, il quale dovrà essere consegnato all'atto dell'iscrizione e con periodicità annuale e dovrà essere redatto secondo le Linee Guida del Ministero della Salute dell'8 agosto 2014.	
6. Sono infine consapevole che la quota sociale, nell'anno corrente, è di euro 50,00 all'anno, comprensiva di assicurazione, e che l'anno sportivo di riferimento inizia il 1° settembre e termina il 31 agosto dell'anno successivo.	
7. Confermo che mi è stato ricordato che affinché l'iscrizione sia effettivamente valida dovrò pagare la quota sociale e che dovrò consegnare annualmente il certificato medico presso la sede operativa sociale della Fioreria Anthos&Anthos di Quarto d'Altino Piazza San Michele a Quarto d'Altino, di cui vedo gli orari di apertura nella home page http://nordicwalkingaltinum.it	x
8. Compila a computer o a mano, stampa, firma e fai una scansione ed invia a nordicwalkingaltinum@gmail.com , oppure consegnalo direttamente presso la sede operativa Anthos&Anthos di Piazza San Michele Quarto d'Altino	

Data _____ **Firma** x _____

____ / ____ / ____

NON ACCONSENTO E QUINDI NON POTRO' ESSERE AMMESSO COME SOCIO NWA

Data _____ **Firma (solo se non accosente)** _____