



Associazione Sportiva Dilettantistica

REDA VOLLEY

48018 REDA di FAENZA (RA)

Sede: Via Birandola, 100

Palestra: Scuole Carchidio Strocchi, Via Selva Fantina, 65

Tel. 338/8100055 (Laghi D.)

Part. IVA : 01219210398

Web: www.redavolley.it **E-mail:** info@redavolley.it

MODULO D'ISCRIZIONE

Io sottoscritto (cognome e nome dell'atleta) _____ chiedo di essere associato/a e tesserato/a per REDA VOLLEY A.S.D. al fine di svolgere l'attività sportiva durante la stagione _____, ai sensi dell'art. 10 dello Statuto della Federazione Italiana di Pallavolo, approvato dall'Assemblea Straordinaria FIPAV, a Bologna il 08.12.2014, ed approvato dalla Giunta Nazionale CONI con delibera n.242 del 2 luglio 2015.

Sollevo la società REDA VOLLEY A.S.D. da ogni responsabilità derivante da incidenti che possano verificarsi durante gli spostamenti per raggiungere le sedi di allenamento e di gara, nonché per quanto possa accadere all'atleta al di fuori di tali orari e luoghi.

Accetto che i dati contenuti nel presente modulo potranno essere usati per tutto ciò che riguarda l'attività organizzata da REDA VOLLEY A.S.D. ed eventualmente per proposte commerciali da parte degli sponsor della società.

Dichiaro inoltre di autorizzare REDA VOLLEY A.S.D. all'utilizzo di immagini e video che potranno essere utilizzati per fini promozionali e pubblicati sul sito web societario e/o su altri siti web direttamente gestiti dalla società, in conformità al regolamento UE 2016/679 sulla privacy.

Faenza, lì _____

In fede





Associazione Sportiva Dilettantistica

REDA VOLLEY

48018 REDA di FAENZA (RA)

Sede: Via Birandola, 100

Palestra: Scuole Carchidio Strocchi, Via Selva Fantina, 65

Tel. 338/8100055 (Laghi D.)

Part. IVA : 01219210398

Web: www.redavolley.it **E-mail:** info@redavolley.it

INFORMAZIONI DELL'ATLETA

Allegare una copia della carta d'identità dell'atleta fronte e retro a colori.

Cognome _____

Nome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita _____

Nazionalità _____

Indirizzo di residenza (via, città) _____

Codice fiscale _____

Telefono fisso _____

Telefono cellulare _____

Indirizzo e-mail _____

Scadenza visita medica _____

