



SOCIETÀ SPORTIVA DILETTANTISTICA



Affiliata C.S.E.N. Ente di promozione sportiva riconosciuto dal C.O.N.I.

### DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNO SPORTIVO 2021/2022

Il/La sottoscritto/a		
Nato/a a	il	
Comune di residenza	Prov.	CAP
Piazza, Via	N.Civico	
Codice fiscale:		
Telefono abitazione:	Cell:	
Mail (scrivere in stampatello maiuscolo):		

#### CHIEDE

- per conto proprio di essere iscritto alla EDES S.S.D.
- quale esercente la potestà parentale di ammettere alla EDES S.S.D. il minorenni:**

Cognome	Nome									
Nato/a a	il									
Comune di residenza	Prov.			CAP						
Piazza, Via	N.Civico									
Codice fiscale (OBBLIGATORIO):										
TAGLIA MAGLIA:	04A	06A	08A	10A	12A	XS	S	M	L	XL

#### DICHIARA

Di aver preso visione e approvare lo statuto sociale ed il regolamento interno in vigore (disponibile sul sito societario).

Di aver letto, compreso e accettato in tutte le sue parti gli estratti di polizza relativi alla copertura infortunistica compresa nella tessera sportiva "base" dello CSEN che mi verrà rilasciata al momento dell'iscrizione quale iscritto alla società sportiva dilettantistica EDES.

SAI Assicurazioni sunto estratto di polizza infortuni previste nella tessera BASE dello CSEN:

Euro 80.000,00 per morte o invalidità permanente (franchigia 6%. Attività e del tempo libero; 9% per arti marziali e sport da combattimento, lotta in genere, calcio e calcetto, ciclismo mountainbike, equitazione, parkour, sci, windsurf, sport motoristici, kitesurf, snowboard, snowkite, canoa, skateboard, wakeboard, kajak, rafting, speleologia e Rugby; Indennità forfettaria: Per fratture prodotte da traumi che rientrano in franchigia Euro 100,00; per setto nasale Euro 150,00. Per montatura occhiali (per giovani fino ai 15 anni) Euro 100,00.

Di impegnarsi al pagamento della quota di iscrizione determinata per l'anno sportivo 2021/2022 in 20,00 €.

La quota dovrà essere versata all'atto dell'iscrizione.

Di impegnarsi al pagamento della quota di frequenza determinata per l'anno sportivo 2021/2022 in 35,00 € mensile corso bisettimanale e in 25,00 € mensile corso monosettimanale

La quota dovrà essere versata all'inizio di ogni mese di frequenza.

Firma per visione e accettazione .....

Di essere stato informato dell'obbligatorietà di presentazione e consegna del **certificato medico** di idoneità alla pratica sportiva dilettantistica in corso di validità agli addetti della EDES S.S.D. , al fine di poter svolgere le varie attività sportive dilettantistiche alle quali vorrò partecipare (salvo nei casi in cui è previsto il certificato medico sportivo sotto sforzo per attività sportive agonistiche). In assenza del previsto certificato medico, la EDES S.S.D. avrà la facoltà di sospendermi dalla pratica di qualsiasi attività sportiva, salvo nei casi in cui l'iscritto tesserato svolgerà esclusivamente attività ludico motoria per le quali ci si attiene alle vigenti normative in materia di certificazioni mediche .

Firma per visione e accettazione .....

Ricevuta informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali, ai sensi dell'articolo del regolamento UE 2016/679, recante il nuovo codice in materia di protezione dei dati personali. Consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e istituzionali. per lo svolgimento dell'attività istituzionale, organizzativa e tecnica e la gestione del rapporto associativo. Nello specifico i dati saranno trasmessi al comitato provinciale CSEN di competenza, che collabora per l'erogazione dei servizi riferiti agli scopi di cui sopra, alle varie Federazioni Sportive alle quali la EDES S.S.D. é affiliata e alla Compagnia di Assicurazione. Ai sensi del regolamento UE 2016/679, recante disposizioni sul nuovo codice in materia di protezione dei dati personali, si informa che i dati da lei forniti , formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza.

Tali dati verranno trattati per le sole attività istituzionali, pertanto, strettamente connesse alle attività statutarie. Il trattamento dei dati avverrà mediante l'utilizzo di supporto telematico o cartaceo, idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza degli stessi. In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà esercitare i diritti del regolamento UE 2016/679 riguardo la cancellazione, modifica , opposizione al trattamento.

Firma per visione e accettazione .....

Esprime, inoltre, il consenso ad effettuare fotografie e/o riprese visive/audiovisive del tesserato per farne l'uso inerente a pubblicazione su brochure / depliant / pieghevoli / altro materiale pubblicitario cartaceo societario, pubblicazione su quotidiani e periodici/riviste, pubblicazione su libri, presentazione sul sito web societario e su altro sito web, su social network, proiezione interna alla società e all'esterno, trasmissioni televisive, vendita di dvd e foto ai genitori.

Firma per visione e accettazione .....

Luogo e data .....

**AUTOCERTIFICAZIONE SCREENING INIZIO STAGIONE 21-22**  
**EDES SSD -AREAMEDICA22**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il / / \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_  
In caso di atleti minori: genitore di \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il / / \_\_\_\_\_  
e residente in \_\_\_\_\_

**DICHIARO QUANTO SEGUE**

In possesso del certificato idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza in data  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Dall'inizio della pandemia l'atleta è risultato positivo ai test per Covid-19? **SI**  **NO**   
Se SI data tampone positivo \_\_\_\_\_, data tampone negativo \_\_\_\_\_

Ha effettuato vaccinazione anti Sars-Cov-2? **SI**  **NO**   
Se SI barrare il caso interessato:

vaccinazione 1/1  data \_\_\_\_\_  
vaccinazione 1/2  2/2  data \_\_\_\_\_

**SINTOMI RICONTRATI NEGLI ULTIMI 14 GIORNI**

- Febbre > 37.5 SI  NO
- Tosse SI  NO
- Stanchezza SI  NO
- Mal di gola SI  NO
- Mal di testa SI  NO
- Dolori muscolari SI  NO
- Congestione nasale SI  NO
- Nausea o vomito SI  NO
- Perdita di olfatto e gusto SI  NO
- Congiuntivite SI  NO
- Diarrea SI  NO
- Comparsa di puntini rosso sul corpo SI  NO
- Arrossamento della base delle unghie delle dita SI  NO
- Sintomi aspecifici SI  NO

Se SI quali \_\_\_\_\_

**EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO**

- Contatti con casi accertati covid-19 (tampone positivo) SI  NO
- Contatti con casi sospetti SI  NO
- Contatti con familiari di casi sospetti SI  NO
- Conviventi con febbre o sintomi (no tampone) SI  NO
- Contatti con febbre o sintomi (no tampone) SI  NO

**MONITORAGGIO SPOSTAMENTI**

Negli ultimi mesi ha effettuato spostamenti dalla regione di residenza SI  NO

Indicare date e luoghi degli spostamenti: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuale luogo di provenienza dalle vacanze \_\_\_\_\_

ULTERIORI DICHIARAZIONI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La presente autocertificazione viene redatta all'inizio della stagione sportiva, qualora durante questo periodo dovessero modificarsi anche solo una delle risposte sopra riportate è necessario comunicare prontamente la variazione alla società sportiva e/o al medico incaricato dott.ssa Barbara Gottardi di Areamedica22.

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre           **EDES SSD**           E AREAMEDICA22 srl al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DA COMPILARE A CURA DEL DAP E/O MEDICO**

Categoria a: soggetto vaccinato

Categoria b: soggetto guarito

Categoria c: soggetto suscettibile ( non vaccinato e non guarito)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma DAP/MEDICO \_\_\_\_\_

## **MODALITA' DI PAGAMENTO:**

### **BONIFICO BANCARIO:**

INTESTATO A : EDES S.S.D.

IBAN IT 45 N 03069 09606 100000148780

BANCA INTESA SAN PAOLO Ag. 55000

CAUSALE :

ISCRIZIONE CORSO DI... (artistica/volley/step...),

CITTA'...(Vittuone, Abbiategrasso, Vermezzo...)

NOME E COGNOME DELL'ISCRITTO...

**CONSEGNARE COPIA DEL BONIFICO ALL'ISTRUTTORE o IN  
SEGRETERIA A VERMEZZO per I CORSI AL PALAZZETTO**

### **ASSEGNO BANCARIO**

INTESTATO A EDES S.S.D.