



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 GINNASTICA ARTISTICA GRUPPO PROMOZIONALE

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):					
TAGLIA MAGLIA: XS S M L XL					

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:							
TAGLIA MAGLIA: 06A 08A 10A 12A XS S M L							

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:

€ 540,00 (tre giorni a settimana x 3 ore)

€ 520,00 (tre giorni a settimana x 2,5 ore)

la quota potrà essere versata in due rate € 300,00 entro il 6 settembre 2021
a saldo € 240,00/220,00 entro il 1 febbraio 2022.

Firma per visione e accettazione

Di essere stato informato dell'obbligatorietà di presentazione e consegna del **certificato medico** di idoneità alla pratica sportiva agonistica 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 statuari 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 statuarie. 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 RISCONTRATI 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.