

CASTELLARANO BASKETBALL
ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA

Via Radici Nord 53/c

42014 Castellarano (RE)

P.IVA 02814550352

e-mail: castellaranobasketball@gmail.com

web: www.castellaranobasketball.it

Associazione iscritta nel registro regionale delle persone giuridiche e iscritta al registro nazionale delle attività sportive dilettantistiche (RAS)



DOMANDA DI AMMISSIONE/RINNOVO SOCIO STAGIONE SPORTIVA 2026/2027

La presente scheda va compilata e consegnata all'atto dell'iscrizione

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ residente in Via _____ n. _____

a _____ CAP _____ Prov. _____ Codice fiscale _____

telefono/cellulare- _____ e-mail _____

- per conto proprio (se maggiorenne)

- quale esercitante la patria potestà sul **minore** _____

Nato _____ a _____ il _____ residente _____ in _____

Via _____ n. _____ a _____ CAP _____ Prov. _____ Codice

fiscale _____

CHIEDE

- ☐ di essere ammesso
- ☐ il rinnovo

in qualità di socio all' **'A.S.D. CASTELLARANO BASKETBALL**, impegnandosi a corrispondere la quota associativa di €10,00 per la stagione sportiva 2025/2026.

DICHIARA

- ☐ di aver preso visione dello **STATUTO SOCIALE** esposto in sede e nelle palestre utilizzate e pubblicato sul sito www.castellaranobasketball.it, di averne compreso il contenuto e di accettarlo integralmente, condividendone gli scopi e le finalità.
- ☐ Di aver preso visione del **CODICE DI CONDOTTA** e del **MODELLO ORGANIZZATIVO DI GESTIONE E CONTROLLO** (in materia di Safeguarding policy) esposti in sede, nelle palestre utilizzate e pubblicati sul sito www.castellaranobasketball.it, di averne compreso il contenuto e di accettarlo integralmente, condividendone gli scopi e le finalità.

NORMATIVE SPORTIVE E ANTIDOPING

Il sottoscritto/a _____ genitore di (*) _____,
Confermo di avere preso visione delle normative sportive antidoping attivate all'interno della FIP nonché del regolamento sanitario della Federazione Italiana Pallacanestro, consultabili on line tramite il sito <http://www.fip.it/sanitario/>.

Confermo di avere preso visione della parte riguardante la copertura assicurativa della FIP o del CSI, consultabile online tramite il sito <http://www.fip.it/assicurazione.asp> o <https://www.csire.it/area-societa-sportive/assicurazione-csi-reggio-emilia-coperture.html>.

Mi impegno ad effettuare (in caso di minore a far effettuare) **visita medica sportiva** entro la data di scadenza dell'attuale certificato d'idoneità, conscio che in caso contrario la partecipazione alle attività di cui all'oggetto della presente iscrizione, dovranno essere sospese senza alcun rimborso da parte di ASD CASTELLARANO BASKETBALL su quanto versato all'atto di iscrizione.

In fede: _____

N.B. NON SARA' POSSIBILE PARTECIPARE AD ALLENAMENTI / PARTITE SENZA LA CONSEGNA DI CERTIFICATO MEDICO VALIDO.

(*) Da compilare in caso di atleta minorenni

AUTORIZZAZIONE TRASPORTO MINORI

Io sottoscritto/a _____ in qualità di genitore/tutore del minore _____ autorizzo lo stesso a giocare per l'Associazione Sportiva Dilettantistica CASTELLARANO BASKETBALL ed in caso di mia assenza autorizzo l'Allenatore, L'Accompagnatore od altri genitori a trasportarlo nelle trasferte dovute per allenamenti, partite amichevoli e di campionato FIP o CSI, sollevando gli stessi da ogni qualsiasi responsabilità.

In fede: _____

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ e residente in Via _____
a _____ (in caso di iscritti minorenni) esercitante la patria potestà sull'iscritto/a _____

Tesserato c/o la società ASD CASTELLARANO BASKETBALL, presta liberamente il consenso all'acquisizione, trattamento, comunicazione e diffusione dei dati personali rilasciati alla ASD CASTELLARANO BASKETBALL ed in possesso della medesima utilizzabili per l'iscrizione all'associazione nei termini previsti dalla normativa attualmente in vigore (D.Lgs. 196/03, "Codice in materia di protezione dei dati personali" e GDPR n. 2016/679).

Inoltre, autorizza ASD CASTELLARANO BASKETBALL a:

1. Trattare i dati personali di mio figlio (o miei nel caso di maggiorenni) ed in particolare che la Società possa, registrarli, conservarli, comunicarli, esclusivamente per fini sportivi e comunicazione tra i soci.
2. Inserire il nome e il cognome, l'altezza e la data di nascita, scattare foto, fare riprese e/o videoriprese di mio figlio e pubblicarle sul sito web dell'associazione (www.castellaranobasketball.it), così come sui Social dell'associazione (Pagina facebook: @castellaranobasketball · Squadra sportiva dilettantistica / Pagina Instagram: @castellaranobasketball).
3. Pubblicare e/o far pubblicare su carta stampata e/o su qualsiasi altro mezzo di diffusione il nome ed il cognome di mio figlio (i miei in caso di maggiorenne) associandolo eventualmente con una propria foto (individuale, con tutta la squadra o con parte di essa) purché tale pubblicazione venga eseguita per comunicare le formazioni delle squadre e i risultati sportivi, per commentare partite, campionati e tornei, nonché per fini sportivi, associativi e di promozione, il tutto senza pregiudicare la dignità e il decoro personale.

Con la presente, il/la sottoscritto/a acconsente, altresì, che l'utilizzo del nome e delle immagini del proprio figlio (o di se stesso nel caso di atleti maggiorenni) siano da considerarsi in forma gratuita. Per ogni variazione ai Suoi dati o per esercitare i diritti previsti dall'art. 12 del GDPR, può rivolgersi all'ASD CASTELLARANO BASKETBALL, titolare del trattamento, i cui estremi sono indicati in questo documento.

☐ autorizzare

☐ non autorizzare

Castellarano, ____/____/____

Firma dell'atleta (o del genitore in caso di minore)
