

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto _____, C.F. _____, in qualità di legale rappresentante della ASD _____, presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Generale sulla protezione dei dati n. 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR) del 27 aprile 2016, per l'affiliazione alla AFFI - Associazione Functional Fitness Italia

DICHIARA

1) di aver liberamente fornito i propri dati personali unitamente ai dati della ASD e, relativamente ai trattamenti che si rendono necessari nell'ambito delle attività ordinarie di AFFI

___ ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO

2) di aver liberamente fornito i propri dati personali unitamente ai dati della ASD e, relativamente ai trattamenti che si rendono necessari nell'ambito delle attività commerciali e promozionali di AFFI.

___ ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO ___ NEGA IL PROPRIO CONSENSO

3) di aver liberamente fornito i propri dati personali unitamente ai dati della ASD e, relativamente ai trattamenti che si rendono necessari nell'ambito delle attività commerciali e promozionali dei Partners di AFFI.

___ ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO ___ NEGA IL PROPRIO CONSENSO

N.B. la mancata presentazione del consenso ai dati personali (punto 1) autorizza AFFI a non procedere all'affiliazione. Il consenso ai dati di cui ai punti 2) e 3) è facoltativo. Pertanto l'eventuale diniego del consenso al trattamento dei dati personali non influirà sul completamento della procedura di affiliazione o tesseramento).

Presidente Associazione / Società Sportiva Dilettantistica

Firma _____

Il presente modulo deve essere inviato a: functionalfitnessitalia@gmail.com

Le coordinate bancarie su cui effettuare il pagamento saranno comunicate solo a seguito di ricevimento modulo, completato in tutte le sue parti.

RECAPITO PER INOLTRO CORRISPONDENZA (solo se diverso dalla sede lega legale)

Presso _____
Via/P.zza _____ n. _____ Cap |__|_|_|_|_|
Città _____ Prov. |__| Tel. |___|/_____| Fax. |___|/_____|
E-mail _____

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONE S.D. | <input type="checkbox"/> SOCIETÀ S.D. a R.L. | <input type="checkbox"/> IMPRESA/COOPERATIVA SOCIALE |
| <input type="checkbox"/> ALTRA SOCIETÀ | <input type="checkbox"/> CIRCOLO | <input type="checkbox"/> ENTI FILANTROPICI |
| <input type="checkbox"/> ASSOCIAZIONE DI PROMOZIONE SOCIALE | | <input type="checkbox"/> RETI ASSOCIATIVE |
| <input type="checkbox"/> ORGANIZZAZIONE DI VOLONTARIATO | | <input type="checkbox"/> SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO |
| | | <input type="checkbox"/> ALTRI ENTI TERZO SETTORE |
| | | <input type="checkbox"/> ALTRI ETS |

Ragione Sociale:

.....

Codice Affiliazione ASI (Se già affiliato in caso di rinnovo)

Sede Legale: Indirizzo N°

Città CAP Pr.

Telefono E-mail

Codice Fiscale Associazione / P.IVA Società

Consiglio Direttivo

▪ **Presidente / Legale Rappresentante:**

Nome Cognome Nato/a il

Nato/a a Pr. Cod. Fisc.

Residenza: Indirizzo N° Città

CAP Pr. Tel. E-mail

▪ **Vice Presidente**

Nome Cognome Nato/a il

Nato/a a Pr. Cod. Fisc.

Residenza: Indirizzo N° Città

CAP Pr. Tel. E-mail

▪ **Consigliere/Segretario**

Nome Cognome Nato/a il

Nato/a a Pr. Cod. Fisc.

Residenza: Indirizzo N° Città

CAP Pr. Tel. E-mail

Discipline Sportive Praticate:

.....

Attività / Finalità Statutarie:

.....

- Aderisce ad ASI tramite il Settore Fitness & Wellness
- E' già affiliato ASI: tramite quale settore/zona _____
- Utilizza Impianti Comunali
- Richiesta nullastatosomministrazione alimentiprecotti e bevande (allegare modulo di richiesta e relativo pagamento)
- Richiesta iscrizione registro nazionale del CONI
- Richiesta iscrizione Registro Unico Nazionale Terzo Settore (RUNTS)
- Già iscritta Registro APS/ODV: Regionale Nazionale

Data di costituzione Data Aggiornamento Statuto Sociale ai sensi dell'art. 90

Tipologia: ANR (senza personalità giuridica) ASR (con personalità giuridica) SOC (Soc. di capitali e Cooperative)

Registrato all'Ag. delle Entrate di: Comune Pr. Num. Data

Atto pubblico: Nome Notaio Cognome Notaio

Distretto Notaio Num. Rep. Notarile Num. Reg. Persone Giuridiche

DICHIARA di aver preso atto delle clausole che regolano la presente associazione e di volersi associare ad ASI tramite il Settore Fitness & Wellness come Centro.

N.B.: Il presente Modulo deve essere compilato in ogni sua parte in stampatello ben leggibile, timbrato e firmato.

La scansione in formato *.PDF del presente Modulo deve essere trasmesso IN UNA UNICA E-MAIL a functionalfitnessitalia@gmail.com insieme alla seguente documentazione (non necessaria in caso di rinnovo affiliativo e qualora non ci siano state variazioni nell'ultimo anno documentate da verbali registrati):

- Copia dell'originale dello Statuto
- Copia di un Documento di Identità fronte/retro in corso di validità del Presidente/Legale Rappresentante
- Copia dell'originale dell'Atto Costitutivo
- Certificato di Attribuzione di Codice Fiscale/P. IVA
- Copia dell'originale di eventuali Verbalizzati registrati

La lavorazione della pratica di affiliazione viene eseguita solo a ricezione completa di tutti i documenti richiesti.

Qualora la documentazione pervenisse incompleta, la procedura non potrà essere ultimata nei tempi previsti e non potrà essere rilasciata la qualifica di Centro Affiliato ASI.

Visto Ente Affiliante ASI

Data

.....

Firma e timbro

INFORMATIVA Art. 13 Regolamento UE 16/679: Vi informiamo che i Vs. dati personali saranno trattati nel rispetto della normativa sulla privacy esclusivamente per gli scopi previsti dal rapporto contrattuale con noi instaurato. La legge indica i Vs. diritti all'art. 7. "Dichiaro sotto la mia responsabilità che gli atleti sopra elencati hanno consegnato in Società il certificato medico previsto dalla normativa sanitaria vigente". Dichiaro inoltre che tutti gli associati hanno altresì conoscenza dello Statuto e del Regolamento Organico nonché delle Norme Organizzative la vita dell'Ente, che accettano senza riserve. Dichiaro di essere a conoscenza del tipo di copertura assicurativa garantita dal tesseramento all'ASI così come descritto sul sito istituzionale www.asinazionale.it, e di aver debitamente informato i tesserati inclusi nel presente elenco. Sono a conoscenza della norma per cui le denunce di sinistro devono essere inoltrate secondo quanto disciplinato dalla polizza e sul sito www.asinazionale.it. Autorizzo l'ASI alla divulgazione per soli fini istituzionali, dei dati inerenti la società/circolo ricreativo e gli associati, impegnandomi a richiedere pari autorizzazione agli stessi (GDPR UE16/679). Dichiaro di essere a conoscenza del tipo di copertura assicurativa garantita dal tesseramento all'ASI così come descritto sul sito www.asinazionale.it



Scopri subito sul nostro sito FitChallenge: L'innovativo Campionato Fitness per la tua Palestra. Rispetta le Direttive CONI organizzando un Evento Sportivo ASI Settore Fitness & Wellness. Incrementa la tua Attività rafforzando la legittimità del tuo operato nel rispetto delle normative giuridico-fiscali.
Vai ora su www.asifitnesswellness.it/fitchallenge