**TESSERAMENTO ATLETI - CINTURE NERE (fino a 5° Dan) ANNO 2018/19**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***A.S.D*** |   |   |   |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N.** | **Cognome e Nome** | **Data nascita** | **Luogo nascita** | **Indirizzo - Via - N - CAP** | **CODICE FISCALE** | **Grado e data** |  |  |  |
| **1** |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| **2** |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| **3** |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| **4** |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| **5** |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| **6** |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| **7** |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| **8** |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| **9** |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| **10** |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| **11** |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| **12** |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| **13** |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| **14** |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| **15** |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
| Il sottoscritto, in qualità di Presidente Sociale, dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver provveduto a regolarizzare la posizione sanitaria degli atleti in elenco come previsto dalla vigente Legge Sanitaria e di custodire presso la Segreteria Sociale la relativa documentazione, di autorizzare l'UN.I.T.A.M. ad utilizzare e gestire per i suoi fini istituzionali i dati degli stessi ai sensi della Legge 196/2003 e successive modifiche. Dichiara altresì che tutti i tesserati si impegnano a non richiedere risarcimenti ad UN.I.T.A.M.. per eventuali infortuni non rimborsati dalla società di assicurazione. Si allega al presente modulo la ricevuta del versamento di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_effettuato su c/c postale n° 1017867647 |  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Luogo | …………..…………………….. | Data |  | Il Presidente dell'A.S.D……………………………………. |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |