



MODULO TESSERAMENTO 2021 /22

Cognome		Nome	
N° Tessera (a cura della segreteria)			
Residente in		C.A.P.	Prov.
Indirizzo			
Telefono	e-mail		
Nata/o		Prov.	Il
Cod. Fisc.			

Essendo in possesso dei requisiti, presento al Consiglio Direttivo Domanda di tesseramento dell' Associazione Italiana Naturopatia e Arti Orientali asd per l'anno sociale in corso.

Dichiaro di aver preso visione dello Statuto, delle Norme Operative e del Regolamento interno e di accettarli integralmente senza riserva alcuna; prendo atto altresì che la Segreteria è a disposizione per ogni delucidazione sulla ASD..

Mi impegno a fornire l'opportuna certificazione medica di idoneità sportiva dilettantistica prevista dalle leggi vigenti.

Per accettazione

Luogo e data	FIRMA

NEL CASO DI RICHIEDENTI MINORENNI (dati del genitore)

Cognome		Nome	
Cod. Fisc.			
Genitore di		Indicare Padre/Madre	

Autorizza il/la proprio/a figlio/a a presentare Domanda di tesseramento all' Associazione Italiana Naturopatia e Arti Orientali asd, avendo preso visione dello Statuto, delle Norme Operative e del Regolamento interno ed accettandoli integralmente senza riserva alcuna.

Per accettazione

Luogo e data	FIRMA del GENITORE



A.I.N.A.O.
Associazione Italiana Naturopatia
e Arti Orientali asd

In riferimento al D.L.gs. n° 196/2003 e successive modifiche e preso atto dell'informativa della privacy autorizzo l'Associazione Italiana Naturopatia e Arti Orientali asd al trattamento dei miei dati personali per le finalità interne e per l'invio di materiale informativo relativamente alle attività associative o dell'ente Affiliante.

Inoltre, autorizzo l'Associazione Italiana Naturopatia e Arti Orientali asd ad utilizzare liberamente all'interno di libri, articoli, dispense, filmati, siti internet, pubblicità ecc. tutto il materiale scritto da me e dove compare la mia immagine. Inoltre, entro 10 giorni dalla consegna del presente modulo, mi impegno a fornire alla segreteria:

- **certificato medico di sana e robusta costituzione rilasciata da medico curante impegnandosi a eventuale ecg se richiesto dallo stesso medico**
- **n° 1 foto formato tessera**
- **la quota di tesseramento, pari a EUR #20,00#**

Qualora ciò non avvenisse la pratica di ammissione non verrà presa in considerazione, con conseguente impossibilità del richiedente di frequentare le attività proposte.

Firma tesserato o di chi ne fa le veci.....

1. Il pagamento della quota (mensile/trimestrale) per la frequenza alle attività dovrà aver luogo entro i primi 10 giorni del mese corrente. Le sanzioni previste per l'inadempimento della norma, vagliate e deliberate dal Consiglio Direttivo, possono arrivare sino alla sospensione dell'iscritto.
2. Se un tesserato, per gravi motivi, non potesse frequentare i corsi in una mensilità già saldata, la quota versata sarà considerata valida per il mese successivo.
3. La partecipazione ad UNA sola settimana nel mese sarà considerata valida come frequenza mensile. Le norme del regolamento sono accettate al momento della sottoscrizione del modulo ammissione.
4. Il Consiglio Direttivo dell'Associazione Italiana Naturopatia e Arti Orientali asd non si assume responsabilità per eventuali furti, smarrimenti o danni agli effetti personali degli iscritti.
5. Il tesseramento ha validità annuale; nella quota versata sono comprese la copertura assicurativa valida per l'anno sociale in corso.
6. L'uso del vestiario e del materiale didattico specifico sono obbligatori.

A norma degli art. 1341 e 1342 del C.C. il sottoscritto dichiara, previa lettura delle clausole 1, 2,3, 4,5 e 6 del presente modulo, di approvarle completamente e rigetta fin d'ora ogni eccezione.
Lo scrivente, dopo aver letto, compreso e accettato in tutte le sue parti gli estratti di polizza relativa alla copertura infortunistica compresa nella tessera sportiva "base" dell'Ente di promozione sportiva riconosciuto dal C.O.N.I. che mi verrà rilasciata al momento dell'iscrizione si impegna a non pretendere direttamente dall' Associazione Italiana Naturopatia e Arti Orientali asd.

Per accettazione

Luogo e data	FIRMA