

SCHEDA DI ISCRIZIONE

QUOTA SQUADRA € 20,00 PER SINGOLO ATLETA (MINIMO 8 ATLETI) – DEPOSITO CAUZIONALE € 50,00 OBBLIGATORIO

COMPILARE IL MODULO IN OGNI SUA PARTE E CONSEGNARLO **ENTRO LUNEDÌ 4 MARZO 2019:**
 ► **RECAPITO A MANO: AREA SPORT VIA SANSOVINO, 16 VR ► E-MAIL: info@areasport.org**
 SOLO PER INFORMAZIONI: AREA SPORT 045.575837 – CUS VR CELL. 340.3607841 (ALESSANDRO)

DIPARTIMENTO	
DENOMINAZIONE SQUADRA	_____
	(LA DENOMINAZIONE DEVE ESSERE CONSONA ALL' ATTIVITÀ E APPROVATA DAL C.O.)
1° RESPONSABILE SQUADRA	COGNOME _____ NOME _____
2° RESPONSABILE SQUADRA	COGNOME _____ NOME _____
DOCUMENTO IDENTITÀ 1° RESP. N. MATRICOLA 1° RESP.	NR..... COMUNE DI NUMERO MATRICOLA.....
RECAPITO CORRISPONDENZA VIA/PIAZZA, NR. CIVICO., C.A.P., COMUNE, PROVINCIA	
TELEFONO (OBBLIGATORIO)	CELL. 1° RESPONSABILE _____ 2° RESPONSABILE _____
E-MAIL (OBBLIGATORIA)	

ELENCO GIOCATORI (INDICARE <u>COGNOME E NOME</u>)	MATICOLA	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA OPPURE CODICE FISCALE (CAMPO OBBLIGATORIO)
1		/ /
2		/ /
3		/ /
4		/ /
5		/ /
6		/ /
7		/ /
8		/ /
9		/ /
10		/ /

Il sottoscritto, in qualità di Responsabile Squadra, ai sensi dell'art. 23 d.lgs. 196/2003, consente la trattazione dei dati personali, e di quelli degli atleti e dei dirigenti tesserati, atti all'iscrizione al Campionato Universitario, e ne autorizza l'utilizzo per tutte le comunicazioni inerenti alle attività Area Sport / Cus Verona 2018/2019.

Il sottoscritto dichiara di aver preso visione dei regolamenti Area Sport / ASI Verona e del Campionato Universitario, e di accettarne integralmente e incondizionatamente tutte le disposizioni in essi contenute.

Il sottoscritto dichiara inoltre che tutti gli atleti tesserati sono in possesso di Certificazione Medica per Attività Sportiva Non Agonistica o Agonistica.

Il sottoscritto dichiara infine di garantire personalmente e con propri mezzi e risorse il regolare pagamento della quota di partecipazione della Squadra e degli Atleti iscritti al Campionato Universitario.

VERONA, (data).....

FIRMA _____