

MODULO PER L'ISCRIZIONE DI UNA SQUADRA PALLAVOLO

CATEGORIA: ☐ Under 8 ☐ Under 10 ☐ Under 12 ☐ Under 13 ☐ Under 14 ☐ Under 15
☐ Under 17 ☐ Under 19 ☐ Open
☐ Maschile ☐ Femminile ☐ Mista

SOCIETA' SPORTIVA: _____

NOMINATIVO SQUADRA: _____

COLORE MAGLIE: principale _____ riserva _____

NOMINATIVO IMPIANTO PRINCIPALE DISPONIBILE PER DISPUTA INCONTRI CASALINGHI:

INDIRIZZO IMPIANTO: via _____ n. _____

CAP _____ città _____ n. tel. _____

GIORNO PRINCIPALE DISPONIBILITA' IMPIANTO: _____

ORA DISPONIBILITA' IMPIANTO PER RISCALDAMENTO PRE-GARA: _____

ORA DISPONIBILITA' IMPIANTO PER INIZIO GARA: _____

GIORNO ALTERNATIVO DISPONIBILITA' IMPIANTO: _____

ORA DISPONIBILITA' IMPIANTO PER RISCALDAMENTO PRE-GARA: _____

ORA DISPONIBILITA' IMPIANTO PER INIZIO GARA: _____

NOMINATIVO IMPIANTO ALTERNATIVO (se disponibile) PER DISPUTA INCONTRI CASALINGHI (aggiungere eventuali modifiche orario):

INDIRIZZO IMPIANTO: via _____ n. _____

CAP _____ città _____ n. tel. _____

CONCOMITANZE CON ALTRE SQUADRE E CAMPIONATO A CUI PARTECIPANO (IN CASO DI CONCOMITANZE CON SQUADRE DI ALTRI ENTI E FEDERAZIONI SI RICHIEDE LA COPIA DEL CALENDARIO): _____

ADESIONE ALLA DIVISIONE ARBITRATA (in caso di rinuncia da parte di una o più squadre aventi diritto):

☐ SI' ☐ NO

INDIRIZZO E-MAIL PER INVIO COMUNICATO SETTIMANALE "MESSAGGI WEEK" (OBBLIGATORIO):

RECAPITO DEI RESPONSABILI DELLA SQUADRA:

SIG. _____ n. tel. _____ e-mail (facoltativo) _____

SIG. _____ n. tel. _____ e-mail (facoltativo) _____

DICHIARAZIONE

Il sottoscritto _____, nella sua qualità di Presidente della Società Sportiva _____, con il presente modulo iscrive alla manifestazione sopra citata la squadra della sua Società, dichiara di conoscere il Regolamento della Manifestazione e le "Norme generali sull'attività sportiva del Comitato" e si impegna a rispettarli. Dichiara altresì di essere a conoscenza della normativa vigente in materia di tutela sanitaria dell'attività sportiva e che i propri tesserati partecipanti alla Manifestazione sono in regola con i previsti adempimenti sanitari. In fede.

(Dichiaro di aver avuto le informazioni sulla privacy di cui al Regolamento UE 2016/679 in materia di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e ne autorizzo l'utilizzo per le finalità strettamente inerenti all'attività del C.S.I. ai vari livelli).

(data)

(firma del PRESIDENTE)