TESSERAMENTO CON COPERTURA ASSICURATIVA ANNO 200.../200...

asi alleanza sportiva italiana **2 A**

Elenco iscritti della Società Sportiva / Circolo Ricreativo	CODICE SOCIETA' REG PV NUM	Città	Provincia	Regione

Tipo tessera	*N° tessera*	*Cognome e Nome*	*Indirizzo*	*CAP*	*Città*	*Da*	*Attività svolta (vedi retro)*	*Firma Atleta*
C								
C								
C								
C								
C								
C								
C								
C								
C								
C								
C								
C								
C								
C								
C								
C								

"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. S Dichiaro di essere a conoscenza del tipo di copertura assicurativa garantita dal tesseramento all'ASI così come descritta nella guida pratica ASI 2005/2006 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 con lettera raccomandata A/R alla sede dell'ASI Nazionale entro tre giorni dallo stesso. 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 (D.LGS.196/2003).

Timbro e firma del Presidente della Società Sportiva/Circolo Ricreativo

Mod."A"- da inviare all'Ufficio Affiliazioni e Tesseramenti tramite raccomandata A/R (solo se non si utilizza intranet)

.....