

## IL SOTTOSCRITTO

|                         |                      |                      |                      |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/>    |                      | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Nome                    |                      | Cognome              | Codice Fiscale       |
| <input type="text"/>    |                      |                      | <input type="text"/> |
| Residente in Via/Piazza |                      |                      | Comune               |
| <input type="text"/>    | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Prov.                   | CAP                  | email                | Telefono             |

**aderisce ad ACSI – Associazione di Cultura, Sport e Tempo libero APS, Ente di promozione sportiva riconosciuto dal CONI e dal CIP, nonché Rete Associativa di Terzo Settore in qualità di tesserato per il tramite del sodalizio affiliato:**

**BKLF ACADEMY ASD**

Denominazione sodalizio

**95342300639**

Codice Fiscale sodalizio

A tal fine, con la sottoscrizione del presente modulo di tesseramento, dichiara di:

- conoscere e rispettare lo Statuto ACSI ed i suoi regolamenti interni;
- conoscere le polizze assicurative con le specifiche condizioni, presenti nella versione integrale sul sito [www.acsi.it](http://www.acsi.it);
- aver preso visione, letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati personali ex art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 ("GDPR"), allegata al presente modulo, e di:

- |                                                                                     |                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> prestare il consenso                                       | <input type="checkbox"/> non prestare il consenso |
| al trattamento dei propri dati personali per le finalità ivi indicate al punto 2.4. |                                                   |
| <input type="checkbox"/> prestare il consenso                                       | <input type="checkbox"/> non prestare il consenso |
| al trattamento dei propri dati personali per le finalità ivi indicate al punto 2.5. |                                                   |
| <input type="checkbox"/> autorizzare                                                | <input type="checkbox"/> non autorizzare          |

ACSI in qualità di Titolare del trattamento, a realizzare, per mezzo degli operatori incaricati dalla stessa Associazione, fotografie e riprese audio e video della sua immagine e ad utilizzare, sia direttamente che attraverso la comunicazione/cessione a terzi, segnatamente partner e sponsor dell'Associazione, detti dati per attività di marketing promo – istituzionali, effettuate dalla Associazione e/o dai richiamati soggetti terzi, su sito internet, social network e su qualsiasi mezzo di diffusione (es. giornali, e-mail). La sua immagine non verrà utilizzata in contesti che possano pregiudicare la sua dignità e comunque per fini diversi da quelli sopra indicati. Autorizzando, Lei conferma di non aver nulla a pretendere in ragione di quanto sopra indicato e di rinunciare irrevocabilmente ad ogni conseguente diritto, azione o pretesa.

Firma del richiedente

Data

**BKLF ACADEMY ASD**

Il sodalizio affiliato

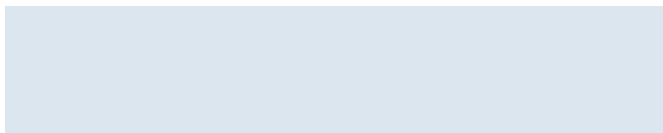


# MODULO DI TESSERAMENTO

## SCARICO DI RESPONSABILITÀ

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiaro:

- Di assumermi sin da ora ogni qualsiasi responsabilità riguardo alla mia persona, per danni subiti e/o procurati a persone e/o cose.
- Di assumermi la responsabilità in caso di danni verso cose e/o oggetti relative alla BKLF ACADEMY ASD e a fornire un risarcimento pari al costo del relativo danno.



## FIRMA PER CONSENSO

\*Da allegare copia:

- Documento d'identità/patente - tessera sanitaria
- Per minori Documento di identità /patente+ tessera sanitaria di entrambi i genitori e dell'iscritto
- Certificato medico sportivo