



**MODULO PER ISCRIZIONE AI CORSI DELLA MILAN SCOTTISH COUNTY DANCERS ASD  
AFFILIATA C.S.I., ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVA RICONOSCIUTO DAL CONI  
Esente da bollo in modo assoluto – art. 7 – tabella – allegato B – D.P.R. 26.10.1972 n° 642**

**Per piacere, scrivere in stampatello**

NOME e COGNOME (COMPLETO):.....

LUOGO E DATA DI NASCITA:.....

CODICE FISCALE.....

INDIRIZZO:..... N°.....

CITTA':..... CAP:.....

TEL:.....

INDIRIZZO E-MAIL:.....

Per conto proprio oppure quale esercente la podestà genitoriale sul minore:

Nome del minore \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDO DI TESSERARMI CON LA MILAN SCD ASD E DI ISCRIVERMI AL CORSO DI DANZE SCOZZESI**

**QUOTA DI TESSERAMENTO SETTEMBRE \_ DICEMBRE: 15,00 Euro**

**QUOTA DEL CORSO o DELLE LEZIONI: 60,00 Euro PERIODO O N. LEZIONI: 10 lezioni**

**SCADENZA CERTIFICATO MEDICO:**

CON LA SOTTOSCRIZIONE DI QUESTO MODULO MI IMPEGNO A VERSARE IL CORRISPETTIVO DOVUTO PER IL CORSO CHE HO SCELTO + LA **QUOTA D'ISCRIZIONE.**

MI IMPEGNO INOLTRE A PRESENTARE REGOLARE **CERTIFICATO MEDICO** CHE ATTESTI CHE POSSO SVOLGERE ATTIVITA' SPORTIVA DILETTANTISTICA.

Autorizzo la fotografia e/o la ripresa del sottoscritto / del minore, effettuate ai soli fini istituzionali, durante lo svolgimento delle attività e/o delle manifestazioni organizzate dall'Associazione.

Sì  No

Autorizzo il trattamento e la pubblicazione, per i soli fini istituzionali, di video, fotografie e/o immagini del sottoscritto / del minore, sul sito web dell'Associazione, nelle pagine della medesima sui social network e su locandine o altro mezzo di comunicazione.

Si  No

**DICHIARO DI:**

- aver preso visione dello Statuto\*, di accettarlo e rispettarlo in ogni loro punto;
  - impegnarmi al pagamento della quota associativa annuale e dei contributi associativi a seconda delle attività scelte fino all'eventuali dimissioni se scelgo di non essere più socio;
  - di avere letto, compreso e accettato in tutte le sue parti gli estratti di polizza relativa alla copertura infortunistica\* compresa nella tessera sportiva "base" del C.S.I., ente di promozione sportiva riconosciuto dal C.O.N.I.
  - aver preso visione dell'informativa sulla Privacy\* fornita;
  - dare il mio consenso al trattamento dei dati personali da parte dell'Associazione ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016 per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione e nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi fiscali, legali ed assicurativi previsti dalle norme.
  - dare il mio consenso all'uso dei dati personali da parte dell'Associazione, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 e del GDPR 679/2016 per la realizzazione di iniziative e di comunicazione diretta (via mail, messaggistica telefonica, posta ordinaria) per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione.
- \* vedi il sito [www.milanscd.it](http://www.milanscd.it) per informazioni complete al riguardo.

LUOGO E DATA: MILANO, \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

**A CURA DELLA SEGRETERIA:**

- NUOVA ISCRIZIONE**
- RINNOVO**

**NUMERO TESSERA ASSOCIATIVA:**

**NUMERO RICEVUTA:**

- LIVELLO 1 (60euro) presso il locale di Via Solferino 17- Milano
- LIVELLO 2 (60 euro) presso il locale di Via Solferino 17 - Milano
- TESSERAMENTO PER IL TRIMESTRE **SETT-DIC** (15 euro)