

**SPORT INSIEME**

Associazione di volontariato

[www.sport-insieme.it](http://www.sport-insieme.it)**Sede Legale**Via P. Familiari, 7  
89063 Melito di Porto Salvo (RC)**Presidenza**+39 346 5308389  
[presidenza@sport-insieme.it](mailto:presidenza@sport-insieme.it)**Segreteria**+39 346 7129681  
[segreteria@sport-insieme.it](mailto:segreteria@sport-insieme.it)**BEACH VOLLEY OPEN 2009**

Modulo d'iscrizione

**COMPILARE IN STAMPATELLO**

Nome della squadra
Torneo (barrare una delle opzioni) <input type="checkbox"/> Maschile "Seniores" <input type="checkbox"/> Femminile
Contatto tel/cell del Responsabile di squadra

**ELENCO ATLETI**

N.	Nome	Cognome	Estremi documento identità	Num. tessera UISP
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

**RESPONSABILE DI SQUADRA***(RISCRIVERE GLI ESTREMI NEL CASO SIA UN ATLETA IN ELENCO)*

N.	Nome	Cognome	Estremi documento identità	Num. tessera UISP
R				

**DOCUMENTI DA ALLEGARE PER OGNI ATLETA IN ELENCO**

- Copia fronte retro del documento d'identità;
- Copia del certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica in corso di validità per tutta la durata del torneo (o autocertificazione di possesso – vedi scheda di partecipazione);
- Scheda di partecipazione.

**DICHIARAZIONE DEL RESPONSABILE DI SQUADRA**

*Io sottoscritto, responsabile di squadra, mi impegno, a nome di tutta la squadra a farmi mantenere nel gioco uno spirito di fair-play e di rispetto delle persone e delle cose. Mi impegno inoltre ad esporre e far rispettare il regolamento a tutta la squadra.*

---

 Firma del Responsabile della squadra
**Spazio riservato all'organizzazione**

Esito domanda		Contributo d'iscrizione non previsto <input type="checkbox"/>	Contributo d'iscrizione versato <input type="checkbox"/>
Copie certificati medici (o autocertificazioni) <input type="checkbox"/>	Copie dei documenti d'identità <input type="checkbox"/>	Schede di partecipazione degli atleti <input type="checkbox"/>	Data pres. domanda completa / / 2009 :

## **SCHEDA DI PARTECIPAZIONE DEL SINGOLO ATLETA**

Tornei di **beach volley** amatoriali non agonistici, categorie maschile "seniores" e femminile.

17 -26 luglio 2009, Lungomare dei Mille, Melito P.S. (RC). Sport Insieme O.d.V. Info: + 39 346 5308389. Sito internet: [www.sport-insieme.it](http://www.sport-insieme.it)

### **ESTREMI DELL'ATLETA**

(DA COMPILARSI PER OGNI ATLETA IN ELENCO NELLA DOMANDA D'ISCRIZIONE - ANCHE SE MINORENNE)

N.	Nome	Cognome	Num. tessera UISP
Luogo di nascita		Data di nascita	Documento d'identità
Indirizzo di residenza		Luogo di residenza	

### **PRIVACY**

acconsente al trattamento dei suoi dati personali ai sensi del D.lgs 196/03 ai fini di informazione e promozione dei servizi dell' associazione di volontariato Sport Insieme con sede legale in Via P. Familiari 7, 89063 Melito di Porto Salvo (RC)

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma dell'atleta

### **AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO CERTIFICATO MEDICO**

(PER CHI NON PRODUCE COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO - SOLO MAGGIORENNI)

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. 28/12/445 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo art. 76 sulla responsabilità penale cui possono andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la mia responsabilità **DICHIARO di essere in possesso del certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica in corso di validità per tutta la durata del torneo riservandomi il diritto di presentarlo successivamente.**

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma dell'atleta

### **AUTORIZZAZIONE PER ATELETI DI ETÀ INFERIORE AD ANNI 18**

(NECESSARIA PER GLI ATELETI MINORENNI)

Il sottoscritto

Nome	Cognome
Luogo di nascita	Data di nascita
Indirizzo di residenza	Luogo di residenza

**genitore** esercente la potestà sul minore oggetto della presente scheda **DICHIARO di essere a conoscenza che il suddetto minore parteciperà al torneo sopraindicato autorizzandone la partecipazione.**

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma del genitore

### **AUTOCERTIFICAZIONE POSSESSO CERTIFICATO MEDICO**

(PER CHI NON PRODUCE COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO - SOLO ATELETI MINORENNI)

Il sottoscritto

Nome	Cognome
Luogo di nascita	Data di nascita
Indirizzo di residenza	Luogo di residenza

**genitore** esercente la potestà sul minore oggetto della presente scheda a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. 28/12/445 sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo art. 76 sulla responsabilità penale cui possono andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la mia responsabilità **DICHIARO di essere in possesso del certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica del suddetto minore, in corso di validità per tutta la durata del torneo riservandomi il diritto di presentarlo successivamente.**

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Firma del genitore