



COPPA LATINA OVER 45



COMPETIZIONE RISERVATA AI GIOCATORI 4 E 5 FASCIA

MODULO ISCRIZIONE ATLETI

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	TESSERA MSP
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

DIRIGENTI RESPONSABILI

RECAPITI TELEFONICI

MAIL DI RIFERIMENTO

GARE CASALINGHE

Campo di gioco

Orario

Giorno

Indirizzo

Si dichiara che tutti i giocatori iscritti nella presente lista (foglio 1) sono in possesso di certificazione medica attestante l' idoneità allo svolgimento di attività sportiva agonistica ai sensi dell' art. 5 del Decreto Ministeriale 18/02/1982. Si dichiara altresì di essere a conoscenza dei massimali di polizza previsti per l' ipotesi di infortunio e che la partecipazione alla presente competizione avviene sotto la personale responsabilità di ciascuno degli atleti suindicati, sollevando il Movimento Sportivo Popolare Italia da qualunque responsabilità per eventuali infortuni che dovessero verificarsi nel corso della competizione stessa. Ricevuta l' informativa sull' utilizzo dei dati personali ai sensi dell' art. 13 del D.lgs. 196/2003, si acconsente al loro trattamento nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statutari. Con la sottoscrizione del presente modulo si autorizza altresì il Movimento Sportivo Popolare Italia a trattare i dati per gli adempimenti connessi alla assicurazione degli atleti. Il Dirigente Responsabile della Società dichiara di aver comunicato a tutti gli atleti iscritti nel presente modulo le condizioni di partecipazione sopra illustrate, e che ciascuno di essi le ha consapevolmente conosciute ed accettate, conferendogli espressa delega a sottoscriverle in loro nome e per conto.

Data e luogo: _____

Dirigente responsabile: _____