

BORDOCAMPISTA

# MODULISTICA DI ISCRIZIONE AI CAMPIONATI AREND – Anno 2019/20

## RICHIESTA TESSERAMENTO ATLETA

NUMERO TESSERA

<b>NOME E COGNOME</b>	<b>SQUADRA DI APPARTENENZA</b>

La presente dichiarazione liberatoria dovrà esser firmata in calce, previa attenta lettura, da ciascun giocatore o da chi esercita su questi la potestà genitoriale (art. 316 c.c.)

qualora il giocatore non sia maggiorenne. La sottoscrizione della presente dichiarazione comporta la piena e consapevole lettura e comprensione del suo contenuto e la conferma della volontà di attenersi alla seguente dichiarazione:

*"Io sottoscritto sono a piena conoscenza dei potenziali rischi connessi alla partecipazione dei campionati organizzati dalla ASD AREND (con il patrocinio dell'E.P.S. ENDAS) e alle relative attività collaterali e di conseguenza, con la sottoscrizione della presente, dichiaro di voler preventivamente liberare ed esonerare da qualsiasi onere e responsabilità gli organizzatori della manifestazione (così denominando qualsiasi persona dell'organizzazione del torneo e complessivamente la stessa nonché gli sponsor dell'evento). Dichiaro altresì di essere consapevole che eventuali danni causati alla mia persona riconducibili all'eventuale faticenza delle infrastrutture sono attribuibili al Centro Sportivo ospitante la manifestazione e non alla società organizzatrice della stessa. Prima dell'iscrizione a questo torneo sarà mia cura e onere verificare le norme e le disposizioni che mi consentano di partecipare al torneo e la mia relativa idoneità fisica. Inoltre, con la sottoscrizione del presente, concedo agli organizzatori dell'evento la mia completa autorizzazione ad essere ripreso nel corso delle manifestazioni con foto, servizi filmati, TV, radio, videoregistrazioni e altri strumenti di comunicazione noti o sconosciuti, indipendentemente da chi li esegua e ad utilizzare gli stessi nel modo che sarà ritenuto più opportuno, con assoluta discrezione, per ogni forma di pubblicità, promozione, annuncio, progetti di scambio o a scopo commerciale senza pretendere alcun rimborso di qualsiasi natura e senza richiedere alcuna forma di compenso oltre ad autorizzare l'organizzazione della manifestazione al trattamento dei miei dati personali, senza che la stessa possa cederli a terzi. Dichiaro di esonerare l'Organizzazione da qualsiasi danno provocato dalla mia persona nei confronti della struttura sportiva e di assumermi ogni responsabilità, ivi quelle economiche, per i danni da me arrecati. Dichiaro e certifico, sotto la mia esclusiva responsabilità, di essere stato accuratamente visitato da un medico che mi ha concesso l'idoneità fisica per partecipare a tali manifestazioni. Richiedo inoltre con la presente di essere tesserato con l'Ente di Promozione Sportiva ENDAS mediante la Associazione Sportiva Dilettantistica AREND e di assicurarmi con la tipologia di assicurazione meglio specificata di seguito. SONO A CONOSCENZA CHE LA POLIZZA ASSICURATIVA AVRA' DURATA DI UN ANNO SOLARE, A PARTIRE DA DOMANI. Dichiaro di conoscere la procedura e le tempistiche per la richiesta di eventuali risarcimenti così come specificato sul sito [www.asdarend.it](http://www.asdarend.it) alla voce "assicurazioni".*

*Per concludere, dichiaro di conoscere ogni aspetto del regolamento di gioco e disciplinare pubblicato nella sezione della competizione alla quale partecipo sul sito [www.asdarend.it](http://www.asdarend.it) alla voce "regolamento" e di accettarne ogni singolo punto" e sono a conoscenza che sarà necessario corrispondere ogni costo (iscrizione e di gare) anche qualora la mia squadra rinunciasse a continuare l'evento o se la stessa venga allontanata".*

Nome e Cognome \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_; Nr.di Cellulare \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

### DICHIO DI VOLER ASSICURARMI PRESSO L'EPS ENDAS CON LA TESSERA (Sbarrare l'ultima colonna)

NOME TESSERA	€ in caso di Morte	€ in caso di invalidità permanente (franchigia 7%)	Rimborso spese mediche durante il ricovero (franchigia 100€)	Indennità giornaliera da ingessatura	COSTO	VOGLIO QUESTA!
<u>STANDARD</u>	80.000€	80.000€	0€	Nessuna	<b>Omaggio</b>	
<u>BASIC</u>	80.000€	80.000€	500€	Nessuna	<b>5,00€</b>	
<u>TOP</u>	80.000€	80.000€	1000€	10€	<b>10,00€</b>	
<u>KOMBAT</u>	100.000€	100.000€	2000€	20€	<b>20,00€</b>	

(in caso di mancata apposizione a questo modulo il tesserato dichiara di voler ricevere la tessera "Standard")

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dichiaro, sotto la mia responsabilità, di essere in possesso del certificato medico di attività sportiva e di non averlo fornito all'organizzazione per una semplice dimenticanza, esonerando l'organizzazione da qualsiasi responsabilità ad essa connessa.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_