



Nome squadra _____

Dati presidente

1. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo

Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21

Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____

Firma _____

Dati vice presidente

2. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo

Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21

Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____

Firma _____

Dati altri giocatori

3. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____

Firma _____

4. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

5. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

6. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

7. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

8. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

9. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

10. Cognome e nome _____
Data e luogo di nascita _____
Residenza (città, via, nr. civico) _____
Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente
Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No
Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

11. Cognome e nome _____
Data e luogo di nascita _____
Residenza (città, via, nr. civico) _____
Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente
Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No
Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

12. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

13. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

14. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

15. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

16. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

17. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

18. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

19. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

20. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

21. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____
Residenza (città, via, nr. civico) _____
Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente
Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No
Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

22. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

23. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evince la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

24. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evince la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

25. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

26. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

27. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

28. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

29. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

30. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

31. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

32. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

33. Cognome e nome _____

Data e luogo di nascita _____

Residenza (città, via, nr. civico) _____

Ruolo in campo Portiere Difensore Centrocampista Attaccante Dirigente

Tesserato FIGC nella stagione 2020-21 Sì, nella squadra _____ No

Numero di cellulare _____

Il sottoscritto scagiona ASD AT League e i suoi organizzatori da ogni evento e/o conseguenza derivata dal mancato invio della certificazione medica da cui si evinca la possibilità di effettuare la pratica sportiva.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a non cagionare danni di qualunque genere a cose e/o persone durante la sua permanenza all'interno del Centro Sportivo. Si impegna inoltre a non arrecare danni, in alcuna forma, ad ASD AT League, i suoi organizzatori e i suoi collaboratori.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto si impegna a inviare copia fronte retro del proprio documento d'identità su WhatsApp al numero 349 106 77 25. Come Regolamento del campionato vuole, tale documentazione dovrà pervenire entro un giorno lavorativo dalla prima partita che il giocatore intende disputare.

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto visiona e accetta il Modulo di iscrizione e il Regolamento del campionato. Inoltre ai sensi del GDPR Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali e seguenti modifiche, autorizza AT League a usare e gestire in proprio o tramite terzi, per fini istituzionali e/o commerciali, i propri dati personali.

Data _____ Firma _____

I firmatari prendono atto che il mancato rispetto di quanto stilato potrà essere sanzionato.