



Nome squadra _____
Cognome e nome _____
Data e luogo di nascita _____
Residenza (città, via, nr. civico) _____
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 _____

Il firmatario prende atto che il mancato rispetto di quanto stilato potrà essere sanzionato.