



DOMANDA DI AFFILIAZIONE BASI ASSOCIATIVE SPORTIVE (B.A.S.)

DENOMINAZIONE

REFERENTE (COGNOME, NOME)
CODICE FISCALE

CAP
COMUNE
PROVINCIA

TELEFONO
MAIL

DISCIPLINE SPORTIVE PRATICATE

- _____

Chiede di poter essere affiliato OPES per la stagione sportiva 2024/2025.

Dichiaro di accettare lo statuto ed i regolamenti dell'Ente e di consentire, ai sensi del decreto legislativo 196 del 30/06/2003 (riservatezza dei dati personali), al trattamento dei dati personali nello svolgimento del rapporto associativo. Tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza e trasparenza.

I dati non saranno comunicati ad altri soggetti salvo alle compagnie assicuratrici, al CONI ed ai competenti Ministeri e potranno essere utilizzati per l'invio della corrispondenza anche telematica. In ogni momento sarà possibile chiedere la modifica o la cancellazione dei dati.

Si dichiara inoltre che il sodalizio è a conoscenza della convenzione assicurativa stipulata da OPES con primaria compagnia per la copertura degli infortuni sportivi. Le condizioni di polizza saranno portate dettagliatamente a conoscenza di tutti gli associati.

DATA	FIRMA DEL REFERENTE
Piacenza, li	