

JOLLY SCI CLUB A.S. A.S.D.

VIA LIBARNA, 77 15061 ARQUATA SCRIVIA (AL)

Tel – Fax sede 0143.63.63.85 - Cell. 347.34.92.016

C.F. 92027500062

Affiliato U.I.S.P. comitato territoriale di Alessandria

www.jollysciclub.it - info@jollysciclub.it

STAGIONE: **2024 / 2025**

Richiesta di adesione al
JOLLY SCI CLUB A.S. A.S.D.

DATI INVARIATI A.P.

rinnovo tessera sociale n. _____

nuovo socio tessera n. _____

In caso di rinnovo, oltre a: n. tessera – COGNOME – NOME, riportare eventuali variazioni rispetto all'iscrizione precedente

Tipo Socio:

(A) ORDINARIO

(G) GRUPPO FAMIGLIA (*)

() CONVENZIONE

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ () IL ____ / ____ / ____

C.F.: _____ RESIDENTE A _____ ()

VIA / PIAZZA _____ N. ____ TEL 0 ____ / ____

CELLULARE _____ EMAIL _____

Quota associativa versata (A) 15,00 € (G) 35,00 € (B) gratis

Quota per assicurazione CST () 20,00 €

Totale Quota versata: _____ €

Nota Informativa per il socio sciatore: La quota di iscrizione alla gita comprende l'assicurazione obbligatoria sullo skipass.

Nota informativa per tutti i soci: Il socio iscritto alla gita si impegna a versare la caparra a conferma dell'iscrizione medesima.

Il/la sottoscritto/a chiede di essere socio del JOLLY SCI CLUB A.S. A.S.D. e firmando il presente modulo dichiara, nel contempo di accettare le norme Statutarie dell'Associazione.

Data: _____ Firma del richiedente: _____

Firma di chi esercita la patria potestà (per i minorenni): _____

Informativa sulla Privacy - D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i.

Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali

Lo Sci Club informa che i dati forniti all'atto del tesseramento o del rinnovo formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e dagli obblighi di riservatezza. Tali dati verranno pertanto trattati esclusivamente per l'espletamento delle finalità istituzionali salvo diversa specifica sottoscrizione di estinzione.

Il/la sottoscritto/a _____ conferisce il proprio consenso al trattamento dei dati personali secondo quanto stabilito dal D.Lgs. n. 196/2003 e s.m.i. e quanto sopra riportato; consente inoltre la divulgazione della propria immagine e dei minori per i quali esercita la patria potestà, con esclusivo riferimento alle riprese effettuate in occasione delle iniziative sociali dell'associazione.

Autorizza altresì la conservazione dei propri dati sino a che non verrà inoltrata richiesta di cancellazione.

Titolare del trattamento è il JOLLY SCI CLUB A.S. A.S.D. con sede in Arquata Scrivia.

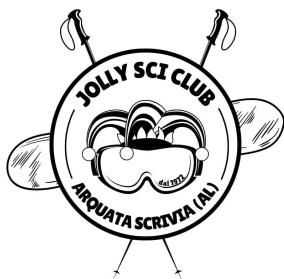
Responsabile del trattamento è il Presidente e Legale Rappresentante della suddetta Associazione.

Data: _____ Firma del richiedente: _____

Firma di chi esercita la patria potestà (per i minorenni): _____

Il socio versa la quota associativa per la stagione corrente e lo Sci Club ne rilascia quietanza.

La quota associativa non può essere trasferita a terzi o rivalutata.



JOLLY SCI CLUB A.S. A.S.D.

VIA LIBARNA, 77 15061 ARQUATA SCRIVIA (AL)

Tel – Fax sede 0143.63.63.85 - Cell. 347.34.92.016

C.F. 92027500062

Affiliato U.I.S.P. comitato territoriale di Alessandria

www.jollysciclub.it - info@jollysciclub.it

**(*) COMPILARE SOLO QUESTA PARTE DEL FORMULARIO CON I DATI
DEGLI EVENTUALI COMPONENTI IL NUCLEO FAMILIARE**

In caso di rinnovo, oltre a: n. tessera – COGNOME – NOME, riportare eventuali variazioni rispetto all'iscrizione precedente

1) GRADO DI PARENTELA _____

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ () IL ____ / ____ / ____

C.F. _____ RESIDENTE A _____ ()

VIA / PIAZZA _____ N. ____ TEL 0 ____ / ____

CELLULARE _____ EMAIL _____

Quota associativa versata (A) 15,00 € (G) 35,00 € (B) gratis

Quota per assicurazione CST () 20,00 €

Totale Quota versata: _____ €

2) GRADO DI PARENTELA _____

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ () IL ____ / ____ / ____

C.F.: _____ RESIDENTE A _____ ()

VIA / PIAZZA _____ N. ____ TEL 0 ____ / ____

CELLULARE _____ EMAIL _____

Quota associativa versata (A) 15,00 € (G) 35,00 € (B) gratis

Quota per assicurazione CST () 20,00 €

Totale Quota versata: _____ €

3) GRADO DI PARENTELA _____

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ () IL ____ / ____ / ____

C.F.: _____ RESIDENTE A _____ ()

VIA / PIAZZA _____ N. ____ TEL 0 ____ / ____

CELLULARE _____ EMAIL _____

Quota associativa versata (A) 15,00 € (G) 35,00 € (B) gratis

Quota per assicurazione CST () 20,00 €

Totale Quota versata: _____ €

4) GRADO DI PARENTELA _____

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ () IL ____ / ____ / ____

C.F.: _____ RESIDENTE A _____ ()

VIA / PIAZZA _____ N. ____ TEL 0 ____ / ____

CELLULARE _____ EMAIL _____

Quota associativa versata (A) 15,00 € (G) 35,00 € (B) gratis

Quota per assicurazione CST () 20,00 €

Totale Quota versata: _____ €