

**ASD ASSOCIAZIONE GENITORI SCUOLE**

**Pallavolo**

Via Argelati 35, 20143 Milano - Cell. +393357375465

www.asdagspallavolo.it - [ags@asdagspallavolo.it](mailto:ags@asdagspallavolo.it)

CONI/FIPAV 040171175 - PGS 00006056

C.F.97471210159 – P.IVA 07092050967

**RICHIESTA ISCRIZIONE ANNO SPORTIVO 2023/24 in ASD AGS**

Corso di PALLAVOLO ……………………………………………………………………………

Quota di prelazione versata (comprensiva di quota associativa di € 50,00)

€ ….……………. (indicare il costo del corso); acconto: € ….…….……; saldo: €.................

(in caso di non accettazione dell’iscrizione, la quota versata verrà resa integralmente)

Cognome e Nome ………………..………………………………………………………….………

CF………………………………………………. nato a ……………………………………………

il …………………………………. residente a ……………………………………………….……

in via …………….………………………………………………………… CAP…………………

email: ……………………………………………………………………………..…………………..

cell. .....................................................

(se richiedente minorenne inserire mail e cell. genitore)

Cognome e nome del genitore (solo per richiedenti minorenni)

……………………………………………………………………………………………..…..…

Firma ………………………………………………………………..

* Ho preso visione dello statuto dell’Associazione pubblicato sul sito dell’Associazione

Firma (del genitore se richiedente minorenne) …………………………………

* Consenso al trattamento dei dati personali per finalità di promozione dell’associazione attraverso strumenti tradizionali e online (es. sito web, social network, social media)

**O** acconsento **O** non acconsento

* Ho preso visione della nuova direttiva GDPR dell’associazione e della FIPAV (Federazione Italiana Pallavolo) come da allegato sul sito web

**O** autorizzo **O** non autorizzo

Firma del Genitore (se richiedente minorenne) ...................................................

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RISERVATA AL CONSIGLIO DIRETTIVO**

**O** approvato **O** non approvato Il Presidente (Liliana Bossi)