**FEDERAZIONE ITALIANA**

**SPORT ROTELLISTICI**

**Io sottoscritto:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome | | | Cognome | |
| Sesso | Data di nascita | Luogo di nascita | | |
| Codice Fiscale | | | | Cittadinanza |
| Indirizzo mail | | | | N° Cellulare |

Chiede di poter aderire al progetto FISR HEALTH LABS e quindi chiede di essere tesserato alla federazione per la stagione sportiva 2022/23

**TESSERAMENTO ATLETA PRATICANTE PROGETTI HEALTH LABS 2022/23**

***(Il tesseramento diretto con FISR è a titolo gratuito per la sola stagione sportiva 2022/23)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SETTORE  Action | DISCIPLINA  (a cura Fisr) | CATEGORIA  (a cura Fisr) | STAGIONE SPORTIVA  2022/23 |

|  |
| --- |
| A TAL FINE DICHIARA:   * di aver preso visione dei Regolamenti federali e sociali e delle norme in materia di tesseramento atleti, assicurazione e doping; * di aver preso visione dell’informativa sulla privacy pubblicata sul sito internet [www.fisr.](http://www.fisr.org)it e di acconsentire alla divulgazione da parte della FISR, per fini istituzionali, dei dati ivi indicati, con qualsiasi mezzo di comunicazione, ivi compresa la pubblicazione sul sito internet federale, nel rispetto della normativa in materia di privacy di cui al Regolamento (UE) 679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (GDPR).   Il sottoscritto inoltre da assicurazione formale del rispetto più puntuale delle disposizioni in materia di idoneità all’attività sportiva, quali prescritte dal decreto del Ministero della Sanità 18/2/1982 e successive modificazioni, recante norme per la tutela sanitaria dell’attività sportiva agonistica o non agonistica, dichiara inoltre che la certificazione medica prescritta è in regola e conservata presso il proprio domicilio. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Firma dell’atleta (per estesa e leggibile) |
| Data |  |  |