



CAMPIONATO NAZIONALE CALCIO a 11 – 8 – 5

ROSSANO - CORIGLIANO(CS)

30 Giugno – 1 e 2 Luglio 2023

MODULO ISCRIZIONE FINALI NAZIONALI 2023

Il sottoscritto _____

Cognome

Nome

Presidente dell'associazione _____

Recapito ufficiale c/o _____

Città _____ prov. _____ cap. _____

Via _____ nr. _____

Tel. _____ - _____ Fax _____ - _____ cell. _____ - _____

E-mail _____ @ _____

Colore maglie principale _____ riserva _____

Note _____

Appartenente ai Settori calcio ASC : Provincia _____ Regione _____



Sede Legale: Viale Regina Margherita 262/264 c/o Studio Legale Tributario Associato
Sede operativa: Via Francesco Cocco Ortu 22 00139 Roma (IT) Tel.: (+39) 06.89766106 – Fax: (+39) 06.23328923
Codice Fiscale 97644950012 – Partita Iva 09003401008

www.ascsport.it – segreteria@ascsport.it

Ente con Finalità Assistenziali riconosciuto dal Ministero dell'Interno – delibera n° 557/P.A.S. U/021989/12000.EA(156) del 25.01.2012
Associazione di Promozione Sociale iscritta al n. 185 del Registro Nazionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
Registrazione al programma Educazione Continua in Medicina del Ministero della Salute n° 10998



Chiede

L'iscrizione della stessa alla seguente manifestazione nazionale;

Apporre una X sul quadratino posto a sinistra della manifestazione scelta

- Finali nazionali calcio a 11
- Finali nazionali calcio a 5
- Finali nazionali calcio a 8

Dichiara

Di conoscere e accettare lo Statuto, i Regolamenti e le Norme che regolano l'attività dello ASC Nazionale e le norme in materia di tutela sanitaria e che, tutti i propri atleti partecipanti alla manifestazione sono in possesso dei **certificati medici di idoneità specifica al gioco del calcio, in vigore alla data della manifestazione**, previsti in relazione alla **qualificazione agonistica della manifestazione**, e che tali certificati sono custoditi presso la sede dell'associazione

Autorizza

l'ASC nazionale ed il Settore calcio nazionale ASC, ai sensi della legge 196/03 (tutela dati personali), a utilizzare i dati forniti ai fini attinenti alla manifestazione alla quale la propria associazione è iscritta. Si autorizza altresì il trattamento e la divulgazione dell'immagine dei propri tesserati, purché ripresa nel contesto della manifestazione sportiva in argomento (es.: fotografie ritraenti le squadre partecipanti, le varie azioni di gioco, la cerimonia pubblica di premiazione dei vincitori del torneo, ecc.)

Data ___ / ___ / ____

_____ firma e timbro





ELENCO ATLETI

ASSOCIAZIONE _____ REGIONE _____ PROV _____

DISCIPLINA _____

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA NASCITA	N. TESSERA ASC
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			





RESPONSABILE GRUPPO _____ CELLULARE _____

RESPONSABILE GRUPPO _____ CELLULARE _____

Il presidente dichiara che, tutti i propri atleti partecipanti alla manifestazione sono in possesso dei **certificati medici di idoneità specifica al gioco del calcio, in vigore alla data della manifestazione, previsti** in relazione alla **qualificazione agonistica della manifestazione**, e che tali certificati sono custoditi presso la sede dell'associazione.

Si autorizza altresì il trattamento e la divulgazione dell'immagine dei propri tesserati, purché ripresa nel contesto della manifestazione sportiva in argomento (es.: fotografie ritraenti le squadre partecipanti, le varie azioni di gioco, la cerimonia pubblica di premiazione dei vincitori del torneo, ecc.)

Luogo e data

Timbro Società e Firma Presidente



Sede Legale: Viale Regina Margherita 262/264 c/o Studio Legale Tributario Associato
Sede operativa: Via Francesco Cocco Ortu 22 00139 Roma (IT) Tel.: (+39) 06.89766106 – Fax: (+39) 06.23328923
Codice Fiscale 97644950012 – Partita Iva 09003401008

www.ascsport.it – segreteria@ascsport.it

Ente con Finalità Assistenziali riconosciuto dal Ministero dell'Interno – delibera n° 557/P.A.S. U/021989/12000.EA(156) del 25.01.2012
Associazione di Promozione Sociale iscritta al n. 185 del Registro Nazionale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.
Registrazione al programma Educazione Continua in Medicina del Ministero della Salute n° 10998



ELENCO ACCOMPAGNATORI

ASSOCIAZIONE _____ REGIONE _____ PROV _____

DISCIPLINA _____

	COGNOME E NOME	LUOGO E DATA NASCITA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

