Federazione Sport Sordi Italia

Federazione riconosciuta dal Comitato Italiano Paralimpico

F.S.S.I. – Piazzale degli Archivi 41 - 00144 Roma - C.F. 97388210581 – P.I. 10464691004

Tel. 06 83559002 www.fssi.it

Mod Tess 02

MODULO TESSERAMENTO ATLETA

Da tenere in Società (non spedire alla FSSI se non richiesto dall'Uff. Tesseramento)

STAGIONE SPORTIVA **2023/2024**

DENOMINAZIONE SOCIETA':_____

QUALIFICA: ATLETA

TESSERAMENTO REGIONALE	
TESSERAMENTO NAZIONALE	

Scheda Anagrafica Iscritti presso le Società Sportive

Cognome: _____Nome: _____

Comune di nascita: _____ (Prov. _____)

Data di nascita: _____ / _____ / _____ Sesso: M ❑ F ❑

Nazionalità: _____

Comunitario residente ❑ Comunitario non residente ❑ Extracomunitario ❑

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Documento: ❑ Patente ❑ Carta d'identità ❑ Passaporto

N. _____ Data rilascio ___ /___ /_____ Scadenza _____ /_____ /_____

Comune di residenza : _____ (Prov. _____)

Indirizzo: _____ N.____ Scala ____ CAP |__|__|__|__|__|

Recapito Telefonico: _____E-mail : _____

Data, _____/_____/_____ L'atleta _____

Data, _____/_____/_____ Il Presidente _____ Timbro

❑ Ho preso visione dell'informativa pubblicata nella sezione Privacy del sito Istituzionale e relativamente al trattamento dei dati di cui al punto 7, presto espressamente il consenso.
Dichiaro che i dati riportati sono conformi a quelli del tesseramento e che, quando ATLETA, sono in regola con le disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria dell'attività sportiva per quanto concerne la certificazione di idoneità specifica allo sport agonistico, conservata agli atti della Società (D.M. 18/02/1982 – Circolare n. 84 del 24/10/88 – Ministero della Sanità).
La Società invia altresì copia del certificato audiometrico (eseguito della ASL o Struttura Ospedaliera).