

SUMMER SLAM MINIBASKET 2020

MODULO ISCRIZIONE (scrivere in stampatello)

Da far pervenire via fax al n° 090 9852048

o via email: basketeolie@libero.it

entro il 30 Aprile 2020

DENOMINAZIONE SOCIETA': _____

INDIRIZZO SOCIETA': VIA _____ **N°** _____

CITTA': _____ **PROV.** _____

TELEFONO: _____ **E-MAIL:** _____

CATEGORIA: SCOIATTOLI AQUILOTTI ESORDIENTI UNDER 13 F UNDER 13 M

CHIEDE

DI ESSERE AMMESSA A PARTECIPARE AL **SUMMER SLAM MINIBASKET 2020 - 15[^] EDIZIONE TORNEO MINIBASKET "3 CONTRO 3 SPRINT"** ORGANIZZATO DALL'A.S.D. BASKET EOLIE CHE AVRA' LUOGO SULL'ISOLA DI VULCANO DAL 15 AL 21 GIUGNO 2020

A TAL SCOPO DICHIARA

- DI AVER PRESO VISIONE DEL REGOLAMENTO DEL TORNEO.
- CHE I PROPRI ATLETI PARTECIPANTI SONO ISCRITTI E TESSERATI NEGLI ELENCHI DELLA F.I.P. SETTORE NAZIONALE MINIBASKET e/o BASKET E SONO TUTTI IN REGOLA CON LA NORMATIVA SANITARIAVIGENTE AL MOMENTO DELLO SVOLGIMENTO DEL TORNEO.
- CHE I PROPRI ATLETI SONO IN POSSESSO DI UN IDONEO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO, CHE VERRA' PRESENTATO DURANTE LO SVOLGIMENTO DEL TORNEO
- LA SQUADRA SARA' ACCOMPAGNATA DA UN **ISTRUTTORE** IN REGOLA CON IL TESSERAMENTO MINIBASKET / CNA PER L'ANNO 2019/2020

DATI ISTRUTTORE/ACCOMPAGNATORE

NOME E COGNOME: _____

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

RECAPITO TELEFONICO PERSONALE:

TEL.: _____ **CELL.:** _____

E-MAIL: _____

La Società _____

aderisce al **SUMMER SLAM MINIBASKET 2020 - 15[^] EDIZIONE TORNEO MINIBASKET "3 CONTRO 3 SPRINT"** CATEGORIA _____

secondo quanto previsto dall'informativa allegata e si impegna a rispettare il regolamento del torneo in ogni sua parte.

Luogo e data

Timbro e Firma

SUMMER SLAM MINIBASKET 2020

Società _____ Cod. Soc. _____

Istruttore _____ n° tessera MB _____

Accompagnatore _____

CATEGORIA: SCOIATTOLI AQUILOTTI ESORDIENTI UNDER 13 F UNDER 13 M

Elenco Squadra

N°	Cognome e Nome	Luogo di Nascita	Data di Nascita
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

Si dichiara che gli atleti di cui sopra sono in regola con le norme della Federazione Italiana Pallacanestro relative al tesseramento, all'assicurazione e alla certificazione medica allegata (ai sensi degli artt. 3 e 5 del Regolamento Sanitario Federale – del. N° 54 del Consiglio Federale del 26.02.2000).

Luogo e data _____

L'Istruttore

Il Presidente

LIBERATORIA TRATTAMENTO DATI GIOCATORE SSM 2020

Nome _____ Cognome _____
Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____
Indirizzo _____ Città _____ Prov. _____
Tel. _____ Cell. _____ E-Mail _____

La seguente Dichiarazione Liberatoria dovrà essere letta con attenzione da ciascun partecipante nonché dai relativi genitori o esercenti la Patria Potestà qualora il partecipante sia minore di anni 18. Le firme apposte in calce comportano la piena consapevolezza dei termini sottoesposti.

Dichiaro di voler partecipare all'evento di Minibasket denominato "15° SUMMER SLAM MINIBASKET 2020".

Dichiaro di essere consapevole dei rischi connessi alla mia partecipazione al "15° SUMMER SLAM MINIBASKET 2020" ed alle attività collaterali. Con la sottoscrizione della presente, dichiaro liberi ed esono la Associazione Sportiva Dilettantistica Basket Eolie, tutti i partners dell'evento, le agenzie coinvolte, i dipendenti e i direttori da tutte le azioni, cause e qualsivoglia tipo di procedimento giudiziario e/o arbitrale relativi al rischio di infortunio durante la partecipazione al "15° SUMMER SLAM MINIBASKET 2020" e/o al rischio di smarrimento di effetti personali per furto o qualsivoglia ragione. Con la sottoscrizione della presente, concedo agli organizzatori la mia completa autorizzazione all'acquisizione, durante il "15° SUMMER SLAM MINIBASKET 2020", di foto, servizi, filmati, TV, radio, videoregistrazioni e/o strumenti di comunicazione noti o sconosciuti, indipendentemente da chi li abbia effettuati, e ad utilizzare gli stessi nel modo che verrà ritenuto opportuno senza avere alcun rimborso di qualsiasi natura e senza chiedere alcuna forma di compenso.

Dichiaro e certifico infine, sotto la mia esclusiva responsabilità, di essere stato accuratamente visitato da un medico che mi ha concesso l'idoneità fisica a partecipare a tale manifestazione.

HO LETTO LA DICHIARAZIONE LIBERATORIA CON ATTENZIONE, L'HO COMPRESA PER INTERO E VOLONTARIAMENTE NE SOTTOSCRIVO LE CONDIZIONI ACCETTANDOLE SENZA RISERVA ALCUNA.

Firma Atleta _____

In qualità di Genitore esercente la patria Potestà del minore dichiaro di aver letto con attenzione la Dichiarazione Liberatoria, di averla compresa per intero e di approvarla in ogni sua parte senza eccezione alcuna.

Firma Genitore _____

Con la presente, inoltre, prendo atto che la **ASD BASKET EOLIE** tratterà i dati personali, identificativi ed anagrafici ai sensi dell'articolo 13 del GDPR. La raccolta ed il trattamento dei dati personali avranno luogo, dopo il mio consenso. Il trattamento potrà avvenire anche con l'ausilio di mezzi cartacei, elettronici, informatici o via web per le operazioni indicate dall'art. 4 del Codice e dall'art. 4 n. 2 del GDPR quali: registrazione, organizzazione, consultazione, elaborazione, modificazione, estrazione, utilizzo, comunicazione, cancellazione. Il trattamento, a seguito del Suo consenso, è finalizzato alla gestione della Sua richiesta di partecipazione alle attività proposte. I dati personali sono conservati, dal Titolare del trattamento, su supporto cartaceo e/o su server informatici, in luoghi di norma ubicati all'interno della Comunità Europea. A richiesta dell'interessato, in riferimento a quella data, verranno comunicati gli indirizzi di conservazione. I Suoi dati saranno conservati per il periodo previsto dalla normativa vigente CONI. Decorso tale termine, gli stessi saranno archiviati in file protetti per il periodo previsto dalle normative di legge, ed al termine distrutti. Con specifica istanza, da inviare all'**ASD Basket Eolie - Via Lentia 42 - 98050 Vulcano (ME)** email: basketeolie@libero.it, titolare del trattamento, tramite raccomandata o posta elettronica, potrà conoscere i Suoi dati personali in possesso dell'Ente, chiederne la modifica, la rettifica o la distruzione. Inoltre potrà completarli, aggiornarli o richiederne copia. Eventuali richieste di copie su supporto cartaceo non ritirate presso la sede dell'Ente saranno soggette a contributo spese di invio. Potrà inoltre, con le stesse modalità, revocare il consenso, opporsi al trattamento di tutti o parte dei dati, o chiederne l'invio a terzi da Lei indicati. Potrà proporre reclami al Garante per la protezione dei dati personali qualora ritenesse violati i Suoi diritti.

Verranno posti in essere controlli di sicurezza funzionali in ambito informatico e web mediante:
- Controllo e tracciabilità degli accessi mediante ID e Password di livelli diversi, Codifica del Trattamento con individuazione e partizione dei processi, Sistema di protezione da Malware, Minimizzazione dei dati trattati.

Verranno predisposti controlli di sicurezza fisici mediante:
- Conservazione di supporti cartacei in luoghi protetti ed accessibili solo a personale incaricato, Conservazione dei supporti fisici del server in luogo protetto e Backup dei dati, Stipula di contratti accurati in tema di trattamento dei dati personali.

Verranno predisposti controlli organizzativi mediante specifica formazione del personale che abbia accesso ai dati personali.
Sono informato del fatto che la presente richiesta di conferimento del consenso al trattamento dei dati personali, ha natura obbligatoria e che, in mancanza, mi sarà impossibile partecipare all'evento.

Luogo e Data _____

Firma Atleta _____ Firma Genitore _____