

FEDERAZIONE ITALIANA NUOTO PARALIMPICO

mod. FINP_TES_SOC	
Timbro Società Sportiva	CODICE SOCIETA'

MODULO DI TESSERAMENTO SOCIETARIO
 ATTUALE SCUOLA FREQUENTATA: ELEMENTARE ☐ MEDIA ☐ SUPERIORE ☐ UNIVERSITA' ☐

ANAGRAFICA (indicare i dati anagrafici del tesserando):

COGNOME.....NOME.....
 COMUNE DI NASCITA.....(PROV.....) DATA NASCITA/...../.....
 SESSO..... CODICE FISCALE.....
 DOCUMENTO D'IDENTITA'.....N..... DATA RILASCIO...../...../.....
 COMUNE DI RESIDENZA.....(PROV.....) CAP.....
 INDIRIZZO.....N.....
 TEL.....CELL.....FAX.....
 INDIRIZZO E-MAIL.....
 CITTADINANZA..... COMUNITARIO ☐ EXTRACOMUNITARIO ☐
 PROVENIENTE DA FEDERAZIONE STRANIERA: SI - NO (barrare la scelta)

Documenti allegati per i tesserati stranieri:

- | | |
|--|--|
| ☐ Titolo di soggiorno in corso di validità
(con esclusione del premezzo per motivi turistici)

☐ Copia ricevuta postale per rinnovo titolo di soggiorno
Per cittadini extracomunitari

☐ Copia del cartellino internazionale di classificazione | ☐ dichiarazione di responsabilità
(art. 76 T.U. 445 28/12/2000)

☐ copia iscrizione anagrafica
Per cittadini extracomunitari |
|--|--|

QUALIFICA (vedi pagina seguente per individuazione qualifica in seno alla Società):

IL TESSERANDO:	IL PRESIDENTE DELLA SOCIETA'
Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua responsabilità, dichiara che i dati sopra riportati sono veritieri (art.76 DPR 445/00). Dichiara, inoltre, di accettare lo Statuto, i Regolamenti e le disposizioni di volta in volta impartite dalla F.I.N.P.	- ALLEGO alla presente domanda, nel caso trattasi di iscrizione di un atleta disabile, come sua parte integrante, in conformità all'art.11.1 lettera a) della Normativa su Affiliazione, Riaffiliazione e Tesseramento, un certificato medico che attesta la disabilità del tesserando. - DICHIARO che i dati sopra riportati sono conformi a quelli del tesserando e che lo stesso, quale ATLETA è in regola con le disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive, per quanto concerne la certificazione di idoneità specifica alla pratica sportiva agonistica (D.M.4/3/1993) - DICHIARO inoltre, in riferimento alla legge del 5/03/63 n.292 (Gazz. Uff. 27/03/63 n.83) e al D.M. 16/09/75 (Gazz.Uff. 22/10/75 n.280) che il tesserando, quale ATLETA, è in regola per quanto concerne la certificazione attestante l'avvenuta vaccinazione antitetanica, secondo le profilassi indicate.
----- (firma leggibile e per esteso dell'interessato o del Legale Rappresentante)	
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:	

Il sottoscritto chiede di essere tesserato per codesta Federazione Nuoto Paralimpico e, a tal fine, ai sensi dell'art. 13-14 del GDPR 2016/679 recante "Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e particolari" DICHIARA di aver preso conoscenza dell'informativa relativa alle modalità di trattamento dei dati personali da parte degli Uffici della F.I.N.P. di cui all'art. 13-14 dello stesso regolamento UE e di conferire alla suddetta il proprio consenso per il trattamento dei dati personali e particolari nell'ambito delle finalità e con modalità ivi indicate. ----- (firma leggibile e per esteso dell'interessato o del Legale Rappresentante)	- DICHIARO infine che tali certificazioni sono conservate agli atti della Società. DATA (TIMBRO) IL PRESIDENTE.....
---	---

mod. FINP_TES_SOC

FEDERAZIONE ITALIANA NUOTO PARALIMPICO

INDIVIDUAZIONE CARICHE E QUALIFICHE SOCIETARIE

DIRIGENTI SOCIETARI

Presidente
Vicepresidente
Consigliere
Segretario – Consigliere
Segretario
Sindaco Revisore Effettivo
Sindaco Revisore Supplente
Proviviro
Tesoriere

ATLETA

TECNICI SOCIETARI

Direttore Tecnico
Tecnico
Collaboratore Tecnico

ASSISTENTI SOCIETARI

Accompagnatore
Genitore - Volontario

COLLABORATORI PROFESSIONISTI

Medico – Paramedico – Professionisti vari

Informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679

Al sensi dell' art.13 del GDPR 679/2016 recante disposizioni sulla "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali e particolari" si forniscono all'affiliando e al tesserando le seguenti informazioni:

- I dati personali e particolari, da Lei conferiti alla scrivente Società sportiva in virtù dell'affiliazione e del tesseramento, direttamente o tramite terzi, verbalmente e non, in passato come in futuro, formano oggetto, da parte nostra, di trattamento per le seguenti finalità dirette, connesse e strumentali all'attività istituzionale della FINP: di carattere sportivo, di carattere sanitario; connesse all'eventuale attività commerciale e promozionale, alle coperture assicurative obbligatorie, alla gestione delle procedure amministrative e contabili relative al pagamento di quote annuali e al riconoscimento di eventuali compensi, indennità o rimborsi, ad attività commerciale e promozionale da parte degli sponsor federali ed altre Aziende partner della FINP e attività di carattere sociale, di ricerca, di informazione e culturale.
- In particolare verranno trattati i seguenti dati personali: a) dati anagrafici e di contatto (nome, cognome, data e luogo di nascita, codice fiscale, sesso, residenza, contatto telefonico ed e-mail); b) dati relativi alla disabilità; c) certificato medico di idoneità sportiva agonistica e non agonistica.
- Il trattamento dei Suoi dati personali viene richiesto per l'adempimento dell'obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento e si rende indispensabile in quanto la disponibilità di essi è strettamente funzionale alla partecipazione della scrivente Società alle attività istituzionali della FINP.
- Il Suo consenso scritto al trattamento dei dati di cui alle lettere a), b) e c), prestato ai sensi dell'art. 6, par. 1, lett. a del Regolamento UE 679/2016, è necessario per dare corso al Suo tesseramento e avvio alla Sua attività paralimpica.
- L'effettuazione dei dati avverrà con le seguenti modalità: manuale, informatica/autorizzata, telematica. Il relativo trattamento, ai sensi dell'art. 4 n. 2 del GDPR, potrà consistere nella raccolta, registrazione, organizzazione, consultazione, uso, comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, raffronto o interconnessione, limitazione la cancellazione o la distruzione.
- I dati di cui alle lettere a), b) e c) del punto 2 potranno essere comunicati alla FINP e al CIP. I dati di cui alla lettera a) a società sportive nazionali ed estere, a organizzazioni sportive internazionali, a società aventi finalità di marketing, a società, consorzi ed enti aventi finalità di gestire sistemi informativi e/o finalità di illustrazione e divulgazione delle attività di settore.
- I dati personali saranno conservati per tutto il tempo indispensabile per procedere alle formalità richieste dalle norme del Comitato Italiano Paralimpico e della Federazione Italiana Nuoto Paralimpico a cui la società è affiliata. La documentazione (cartacea ed informatizzata, comprese le banche dati) acquisita e conservata per le finalità sopra riportate sarà conservata illimitatamente, per esigenze amministrative-gestionali e storico-statistiche nonché di documentazione dell'attività della FINP.
- In qualità di tesserato Lei potrà in qualsiasi momento, ai sensi dell'art. 15 e ss. del GDPR, potrà richiedere a questa Società l'accesso, la rettifica o l'aggiornamento dei dati personali, opporsi anche revocando il consenso prestato (senza pregiudicare la liceità del trattamento precedente alla revoca), all'utilizzo dei dati anagrafici per finalità di comunicazione commerciale da parte di sponsor e partner federali.

Lei ha altresì diritto di ottenere, senza ritardo la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, anche se non ancora registrati. La richiesta di cancellazione o di limitazione al trattamento potrà essere accordata solo ove questa non pregiudichi le finalità e la regolarità dei processi di tesseramento e delle attività federali conseguenti.

9. Titolare del trattamento è la Società _____ (cod. di affiliazione: _____) presso i cui atti è conservata la documentazione, recante i Suoi dati personali e segnatamente le certificazioni sanitarie, nella sede sociale sita in _____ contattabile a seguente indirizzo mail: _____

Responsabile del trattamento è il Presidente della Società affiliata, contattabile all'indirizzo mail: _____

Dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali

Io sottoscritto/a _____, letta attentamente e consapevolmente l'informativa ed esaurientemente informato/a sui diritti previsti da GDPR, acconsento al trattamento dei miei dati personali nelle modalità e per le finalità indicate al punto 1, strettamente connesse e strumentali allo svolgimento della gestione del mio rapporto associativo, e alla cessione dei dati stessi secondo le modalità indicate al punto 6 dell'informativa che precede.

Luogo e data _____

Firma _____

Io sottoscritto/a Presidente della _____
dichiaro che la documentazione recante dati personali e particolari dell'atleta e segnatamente le certificazioni sanitarie dallo stesso prodotte sono conservate agli atti della Società.

Data _____

Il Presidente _____

mod. FINP_TES_SOC