



A.S.D. GINNASTICA MEDA

**A.S.D. Ginnastica Meda**  
Via Caduti Medesi, 13 - 20821 Meda (MB)  
Telefono: 0362 75844  
P. IVA 02327880965

[www.ginnasticameda.com](http://www.ginnasticameda.com) info@ginnasticameda.it



### ANNO SPORTIVO 2023 - 2024

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mantenimento          | <input type="checkbox"/> Freestyle        |
| <input type="checkbox"/> Acrobatica/Trampolino | <input type="checkbox"/> Ginnastica dolce |
| <input type="checkbox"/> Pilates               | <input type="checkbox"/> Calisthenics     |

Cognome	Nome
Nato/a a	Il
Residente in	Via
Telefono	Cellulare
C.F. Atleta	C.F. Genitore
Email	

#### PAGAMENTO ANNUALE

Settembre/Giugno	Data pagamento	+ ISCRIZ./QUOTA ASSOC.
------------------	----------------	------------------------

#### PAGAMENTO 5 MESI

1° Rata	Data pagamento	Periodo
-----	-----	-----
2° Rata	Data pagamento	Periodo
-----	-----	-----
3° Rata	Data pagamento	Periodo
-----	-----	-----

L'atleta (o il genitore in caso di atleta minorenni) autorizza l'A.S.D. GINNASTICA MEDA a tesserare alla F.G.I. il sopra menzionato atleta per l'anno 2024.

La informiamo che, ai sensi del D. Lgs. n.196/2003 e del GDPR regolamento UE n.2016/679, i Suoi dati saranno da noi usati per il tesseramento presso la F.G.I. che potrà utilizzarli per scopi statutari. Lei potrà, in ogni momento, esercitare i diritti di cui all'art. 7 del GDPR regolamento UE n.2016/679 e, quindi, conoscere, ottenere la rettificazione, la cancellazione dei Suoi dati, nonché opporsi al loro utilizzo per le finalità espresse nella circolare F.G.I., rivolgendosi direttamente alla nostra segreteria.

L'atleta (o il genitore in caso di atleta minorenni) esprime il proprio assenso a sottoporsi agli eventuali controlli antidoping e il proprio consenso anche per il trattamento dei dati personali sensibili per la finalità antidoping, ivi inclusa la sola comunicazione prevista dalle leggi ai soggetti indicati nell'informativa F.G.I. "codice della privacy".

Il mancato saldo delle quote dovute in accordo con le scadenze comunicate dal personale di segreteria autorizza il personale A.S.D. Ginnastica Meda ad impedire agli atleti/e l'accesso alle strutture e a sospendere anche in via definitiva l'atleta dal corso frequentato, senza alcun diritto di rivalsa e/o rimborso sull'importo versato.

In tema di responsabilità, per quanto qui non specificamente esposto, si fa riferimento alle norme di cui al codice civile da intendersi qui integralmente richiamate e trascritte.

FIRMA \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a .....  
Nato/a a ..... Il .....  
C.F. ....  
Residente a ..... Via .....  
E-mail ..... Tel. ....

### CHIEDE

Di essere ammesso quale socio dell'A.S.D. GINNASTICA MEDA per l'anno 2024 per lo svolgimento e il raggiungimento degli scopi primari della stessa, attenendosi allo statuto sociale ed alle deliberazioni degli organi sociali, nonché impegnandosi a pagare la quota sociale.

### DICHA

Di aver preso visione dello statuto, presso l'Associazione, o visionato nell'apposita sezione del sito istituzionale, con particolare riferimento agli articoli relativi alla democraticità dell'associazione, alla partecipazione alle attività assembleari ed al diritto di elettorato passivo ed attivo e di accettarlo integralmente senza riserva alcuna.

Di aver preso visione della Polizza Assicurativa presso l'Associazione o visionata nell'apposita sezione del sito dell'Associazione, con particolare riferimento ai massimali ed alle franchigie applicate e di accettarle integralmente senza riserva. Acconsente al tesseramento presso la Federazione ginnastica d'Italia e/o gli Enti di Promozione Sportiva a cui l'Associazione è affiliata.

Data ...../...../.....

Firma .....

Il/la sottoscritto/a prende atto che, in base alla normativa vigente, per esercitare l'attività sportiva agonistica e non agonistica è indispensabile essersi sottoposto a visita medica preventiva con periodicità annuale e pertanto, prima dell'inizio di tale attività, si impegna a consegnare all'Associazione un certificato medico attestante il proprio stato di buona salute. Prende altresì atto che sino alla consegna di un valido certificato medico ogni attività sportiva agonistica e non agonistica verrà necessariamente sospesa senza alcun rimborso della quota associativa o di qualsiasi altro corrispettivo versato.

Data ...../...../.....

Firma .....