

OWN STYLE STUDIO A.S.D.

DOMANDA DI AMMISSIONE 2024/2025

ANNO 2024/2025	TESSERA FIDS/ASC	SCAD. CERT. MEDICO	SOCIO N°	TIPOLOGIA CORSO	GIORNI
COGNOME		NOME		SESSO	
CODICE FISCALE OBBLIGATORIO		LUOGO DI NASCITA		PROVINCIA	DATA DI NASCITA
LOCALITA' DI RESIDENZA		PROVINCIA	CAP	INDIRIZZO VIA/VIALE/PIAZZA	
CELLULARE da inserire gruppo WhatsApp		CELLULARE SECONDARIO		E-MAIL	
CITTADINANZA ITALIANA			PAESE/NAZIONE DI PROVENIENZA		
CITTADINANZA STRANIERA					
ISCRIZIONE SINGOLA			LUOGO/SEDE DI ISCRIZIONE		
ISCRIZIONE CON IL PARTNER			OWN STYLE STUDIO A.S.D.		

Chiede

L'iscrizione a OWN STYLE STUDIO Società Sportiva Dilettantistica.

Di essere ammesso/a a partecipare i corsi di ballo e/o lezioni individuali e di partecipare all'attività sociale consapevole che la loro frequenza è subordinata al regolare versamento dei rispettivi contributi specifici deliberati da OWN STYLE STUDIO A.S.D.

Dichiara

Di possedere i requisiti psico/fisici per la pratica del Ballo inteso come attività sportiva e ricreativa, sollevando l'organo direttivo di OWN STYLE STUDIO A.S.D. da qualsiasi responsabilità civile o penale in merito;

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

Autorizza

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e all'art. 13 GDPR 679/16 (Regolamento UE 2016/679) la OWN STYLE STUDIO Società Sportiva Dilettantistica al trattamento dei miei dati personali per utilizzo interno e per tutti gli atti previsti dalla legge sia in forma cartacea che automatizzata che si rendessero necessari in relazione agli adempimenti o all'esercizio di diritti concessi. (legge 196/03 "Tutela delle persone e di altri soggetti al trattamento dei dati personali")

DATA _____

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

PER MINORE DI 18 ANNI: il sottoscritto genitore/tutore del minore suddetto richiede l'iscrizione ai corsi/lezioni individuali dello stesso, assumendo personalmente le responsabilità di cui sopra.

COGNOME NOME GENITORE/TUTORE

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

VISITA MEDICA

Io sottoscritto _____

consapevole ed informato della necessità di certificato medico in corso di validità, dichiaro fin d'ora di rinunciare ad ogni futura richiesta di danni o indennizzi in eccedenza a quanto previsto dalle polizze assicurative individuali, in caso di infortunio o malore anche grave.

Dichiaro inoltre che non vi sono accordi verbali o scritti ad integrazione della suddetta dichiarazione.

FIRMA DEL RICHIEDENTE _____

SCelta PAGAMENTI ANNO DI STUDIO 2024-2025

Io sottoscritto (nome e cognome) _____

Genitore dell'atleta (nome e cognome) _____

Che frequenta seguenti corsi:

- DANZE INTERNAZIONALI (STANDARD/LATIN)
- DANZE COREOGRAFICHE (LATIN STYLE/LATIN DUO/SHOW LATIN/SYNCRO LATIN/STANDARD SOLO*)
- DANZE ACCADEMICHE (DANZA CLASSICA/MODERN CONTEMPOARY/JAZZ DANCE/SHOW DANCE)
- DANZE STREET (HIP HOP/BREAKING)
- DANZA PROPEDEUTICA (PERCORSO FORMATIVO 4-6 ANNI)
- PFG/FLEXY
- LEZIONI INDIVIDUALI
- HEELS
- BODY BALLET

Comunica che per l'anno in corso effettuerò i versamenti secondo la seguente modalità:

- PAGAMENTI IN CONTANTI
- PAGAMENTI TRAMITE POS (Bancomat/Carte)
- PAGAMENTI TRAMITE BONIFICO

da effettuare sul seguente conto corrente intestato a:

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA OWN STYLE STUDIO

presso BCC di San Lazzaro di Savena IBAN: **IT 87 A 08472 37072 000000097975**

causale: **Nome e cognome dell'atleta**

Le scadenze dei versamenti saranno:

- MENSILI** (entro il giorno 20 del mese)
- TRIMESTRALI** (entro il 20 del PRIMO mese del corso)

Dati intestazione fattura:

Nome _____

Cognome _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo di residenza

Via _____ n. _____

Comune _____ Provincia _____

Data _____

Firma _____