



## MODULO DI ISCRIZIONE

Io sottoscritto/a.....

residente a.....prov.....cap.....

in via.....

TEL.....MAIL.....

chiedo di iscrivere mio/a figlio/a.....

nato/a a..... Il.....

CF.....

al corso di minibasket della Società ASD BASKET OLGiate  
COMASCO per la stagione sportiva **2023/2024**

- \* Allego certificato medico in corso di validità
- \* Chiedo di usufruire del servizio di visita medico sportiva che si terrà nella prima settimana di novembre al costo di 40 Euro  
**(cerchiare l'opzione scelta)**

Ricordiamo a tutti gli aventi diritto che, ai fini della deducibilità delle somme versate per quote ad associazioni sportive è indispensabile la tracciabilità del pagamento che potrà quindi essere effettuato solamente con bonifico bancario

Olgiate Comasco,

FIRMA

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL DLGS  
30/6/2003 N. 196

Il/la sottoscritto/a acconsente al trattamento dei dati personali inseriti nel presente modulo e presta il suo consenso all'utilizzo di fotografie o filmati in cui sia ripreso/ail/la suo/a figlio/a che potranno essere utilizzati sul sito internet, sulla pagina Facebook o sul profilo Instagram della Società ASD BASKET OLGiate COMASCO

Olgiate Comasco,

FIRMA