



## Modulo "Tesseramento Annuale SOCI - anno 2017"

Il sottoscritto/a \* .....

Data nascita: \* ..... Luogo: \* .....

Residente a: \* ..... CAP: \* ..... Prov: \* .....

Indirizzo: \* .....

Telefono/Fax/Cell: \* ..... E-mail: \* .....

Cod.fisc. \* ..... P.Iva: .....

\*campi obbligatori

**CHIEDE** a questo spett.le Consiglio Direttivo dell'Associazione,

di essere ammesso quale **SOCIO per il Tesseramento MPSITALIA**:  SOCIO AMICO

**DICHIARA**

Di essere in **possesso del/dei prerequisite/i certificato/i e riconosciuto/i**:

- Professionista Montagna  Istruttore Sportivo  Medico/M.non Sanitario-Laico  Atleta  ISEF  Insegnante  
 Formatore Sportivo  Laureato/ando Scienze Motorie  Docente Universitario  Istruttore Nordic Walking  
 MAESTRO NWA  ISTRUTTORE NAZIONALE NWA  ALLENATORE NWA

**Si ALLEGA** copia del **Certificato medico di idoneità alla pratica di attività sportiva NON agonistica (OBBLIGATORIO)** aggiornato alla data .....

**CHIEDE** di essere **Tesserato per l'anno 2017**, come:

- 10 €: Quota "Tesseramento Socio AMICO NWA-MSP, per l'anno solare 2017 (Orange Card MSP)**

[NB: Il tesseramento inizia l'01/01 di ogni anno e termina il 31/12 dello stesso anno.

L'iscrizione o il suo rinnovo dovrà essere formalizzato eseguendo il versamento della quota sul C/C sottoelencato].

Estremi per il versamento:

**UBI BANCA – BANCA POPOLARE COMMERCIO INDUSTRIA**

**IBAN: IT48Q031113322000000001641**

**NORDIC WALKING ACADEMY ASD - Via Re Umberto, 17 - 20020 Lainate (MI)**

**Causale: "QUOTA ASSOCIATIVA NWA 2017 nome e cognome"**

**La quota comprende:**

1. L'iscrizione Ente di Promozione Sportiva (Movimento Sportivo Popolare Italia MSP) con polizza infortuni;
2. Copertura assicurativa secondo il Tesseramento Socio previste dal M.S.P.Italia (Card Viola);
3. Possibilità di partecipare alle Attività di NORDIC WALKING organizzate direttamente dalla Nordic Walking Academy a.s.d. dalle Associazioni affiliate al Nordic Walking presso l'M.S.P.Italia;
4. Gestione amministrativa interna e per tesseramento presso MSPITALIA/CONI;

**Il sottoscritto si impegna** a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere degli organi sociali validamente costituiti. A tale scopo dichiara di conoscere e accettare lo statuto sociale.

Data ..... Luogo ..... Firma: .....

*Ricevuta e letta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art.13 del Decreto Legislativo n.196/2003 consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie. (che si allega al presente modulo). Si autorizza il trattamento dei dati personali in base al D.Lgs. n.196 del 30.06.03 "Tutela della privacy".*

Data ..... Luogo ..... Firma: .....

