

**CENTRO SPORTIVO EDUCATIVO NAZIONALE**

ENTE DI PROMOZIONE SPORTIVA RICONOSCIUTO DAL C.O.N.I.

(Art. 31 D.P.R. 2-8-1974 n. 530)

ENTE NAZIONALE CON FINALITA' ASSISTENZIALI RICONOSCIUTO DAL

MINISTERO DELL'INTERNO (D.M. 559/C. 3206.12000.A. [101] DEL 29 FEBBRAIO 92)

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA _____

INDIRIZZO E_MAIL: _____ CELLULARE _____

POLIZZA INFORTUNI **BASE** ◊ **AB** INTEGRATIVA **A** ◊ **TA** INTEGRATIVA **B** ◊ **TB** INTEGRATIVA **C** ◊ **TC**

ALTRO _____

ELENCO TESSERATI

	COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA	N. TESSERA	DATA DI RILASCIO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di aver provveduto a formalizzare la posizione sanitaria degli atleti di cui sopra, come prescritto dalle vigenti norme di legge e di custodire presso la sede sociale la documentazione relativa. In relazione alla polizza infortuni contratta dal CSEN con la compagnia di assicurazione, il sottoscritto legale, rappresentante dell'associazione, anche per conto dei propri iscritti sopra indicati, dichiara di aver preso visione della stessa e di accettarne le clausole nessuna esclusa. Dichiara inoltre, di consentire, ai sensi della legge 675/96 (riservatezza dei dati personali), al trattamento dei dati personali nello svolgimento del rapporto associativo. Tale trattamento sarà improntato a principi di correttezza e trasparenza. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti salvo alle compagnie assicuratrici ed al CONI e potranno essere utilizzati per l'invio di corrispondenze. In ogni momento sarà possibile chiedere la modifica o la cancellazione dei dati.

Il Presidente della A.S.D. _____

C.S.E.N. Comitato Provinciale di Roma

Via Pietro Mascagni, 138 - 00199 Roma

PARTITA IVA 01358611000

TEL. 06/86201061 – 06/86385293 - FAX 06.86211455

e-mail: info@csen-roma.com ♦ SITO WEB: www.csen-roma.com

