

# A.S.D. Tennis Macerata

Il sottoscritto .....

☎ Cell..... ☎ Uff. ....

E-mail.....@.....

nato/a il .....a .....

Cod. Fis. ....

e residente nella città di .....

in .....

## CHIEDE

Di partecipare al **Corso per Adulti Agonisti di TENNIS** organizzati dall'A.S.D. TENNIS MACERATA avendo preso visione e accettando le norme statutarie della stessa.

## DICHIARA

Sotto la propria responsabilità di avere i requisiti psicofisici per la pratica del tennis come da **certificazione sanitaria per attività agonistica allegata\***, sollevando perciò l'organo direttivo della suindicata associazione da qualsiasi responsabilità civile o penale in merito.

La **quota di iscrizione** al corso, da corrispondere solo per i nuovi iscritti, comprensiva di tesseramento FITP e conseguente copertura assicurativa, è di **60€**

**Da quest'anno c'è la possibilità di acquistare direttamente in Segreteria la T-shirt ufficiale del Circolo al prezzo promozionale di 35€**

- Barrare le caselle della propria scelta
- 1h.30' di tennis settimanale
- 1h integrativa di preparazione fisica settimanale
- Acquisto della T-shirt ufficiale del Circolo

## DURATA DEI MODULI (12 settimane)

- 1° Modulo (30 settembre 2024 – 20 Dicembre 2024)
- 2° Modulo (07 Gennaio 2025 – 24 Marzo 2025)
- 3° Modulo (31 Marzo 2025 – 27 Giugno 2025)

## **PAGAMENTI**

Le scadenze di pagamento della quota del Corso di Tennis per Adulti:

- 1° Modulo: 14 Ottobre 2024
- 2° Modulo: 20 Gennaio 2025
- 3° Modulo: 14 Aprile 2025

**NB. Al termine di ogni modulo verranno recuperate solo le lezioni non svolte per causa di forza maggiore da parte dell'organizzazione o per concomitanze con festività**

E' possibile effettuare il pagamento delle rate del corso presso la Segreteria dell'Associazione Tennis Macerata (contanti o POS) oppure tramite Bonifico Bancario con i seguenti riferimenti:

**IBAN : IT21V087651340000000048904**  
**conto corrente intestato a:**  
**A.S.D TENNIS MACERATA**  
**Via dei Velini 157/B – 62100 - MACERATA**  
**CAUSALE: pagamento 1°/ 2° / 3° rata Corso Addestramento al Tennis di “Nome e Cognome”**

**N.B. : SI PREGA DI COMPILARE IL MODULO IN STAMPATELLO**

\*Il **certificato medico per attività sportiva agonistica** deve essere valido per tutta la durata del modulo

**Dichiaro di aver preso visione del REGOLAMENTO dei corsi organizzati dall'ASD TENNIS MACERATA e di accettarlo per intero.**

Macerata, .....

Firma .....

### **INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (PRIVACY) AI SENSI DELL'ART. 13 LGS. 196/2003**

Ai sensi di tale legge che mira a tutelare la riservatezza dei dati personali manifesto il consenso al trattamento manuale ed informatico dei suddetti dati per finalità strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con voi intercorrenti.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

In base alle norme vigenti a tutela della privacy concedo il consenso al trattamento di foto e immagini per scopi divulgativo-promozionali esclusivamente collegati all'attività dell'A.S.D. TENNIS MACERATA

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_