

Codice Regionale - SAR 1097 Codice Fipav - 190920160 Codice Fiscale - 91005580922

Via Ciusa n. 17 - c/o Parrocchia Madonna Del Rosario - 09039 VILLACIDRO

DOMANDA D'ISCRIZIONE Stagione Agonistica 2025/2026

AMATORI

	gnome		no	me						
n	ato/a		Prov.			il				
	Codice Fiscale									
Re	esidente a	via					cell			
C	Chiedo di essere iscritto	alla Pall a	avolo	o Vi	llac	cidro A	4 <i>.S.D.</i>			
Q	uota iscrizione	<i>€ 30</i>	,00	(trente	a/00) đ	'a versare all'o	atto dell'iscriz	ione		
Q	uota mensile	<i>€ 30</i>	,00	(trenta	/00) da	versare entro	la 1° sett. del	mese di	competenza	
		*****	*****	*****	****	ŀ				
1	La auota mensile, va sempre pagata,	anche in caso di ass	senze							
1	La quota mensile, va sempre pagata, La quota mensile impegna la Società El abbligatorio il configato medico	a garantire all'atle	senze ta i regola	ıri allen	amenti	settimanali				
1	La quota mensile impegna la Società E' obbligatorio il certificato medico . Compilare e firmare il modulo d'isci	a garantire all'atlet	ta i regola				no tesseramen	nto atleti,	stampato nel re	
1 1 0	La quota mensile impegna la Società E' obbligatorio il certificato medico . Compilare e firmare il modulo d'isci della presente domanda.	a garantire all'atlet rizione. Compilare e	ta i regola e firmare	anche i	il modu	lo F, per prin	1	nto atleti,		
1 1 0 1	La quota mensile impegna la Società E' obbligatorio il certificato medico . Compilare e firmare il modulo d'isci della presente domanda. IBAN Banco di Sardegna - Pallavolo	a garantire all'atlet rizione. Compilare e	ta i regola	anche i			CAB		stampato nel re Conto 0702413 7	
1 1 0 1	La quota mensile impegna la Società E' obbligatorio il certificato medico . Compilare e firmare il modulo d'isci della presente domanda. IBAN Banco di Sardegna - Pallavolo	a garantire all'atlet rizione. Compilare e	ta i regola e firmare Paese	Cin	Cin	ABI 01015	CAB 44041		Conto	
1 1 0 1	La quota mensile impegna la Società E' obbligatorio il certificato medico . Compilare e firmare il modulo d'isci della presente domanda. IBAN Banco di Sardegna - Pallavolo	a garantire all'atlet rizione. Compilare e o Villacidro A.S.D.	ta i regola e firmare Paese	Cin	Cin	ABI 01015	CAB 44041		Conto	
1 1 0 1	La quota mensile impegna la Società E' obbligatorio il certificato medico . Compilare e firmare il modulo d'isci della presente domanda. IBAN Banco di Sardegna - Pallavolo	a garantire all'atlet rizione. Compilare e o Villacidro A.S.D.	ta i regola e firmare Paese	Cin	Cin	ABI 01015	CAB 44041		Conto	



FEDERAZIONE ITALIANA PALLAVOLO PRIMO TESSERAMENTO ATLETI DI NAZIONALITA' ITALIANA

MODULO

F

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'informativa ex articolo 13 D.Lgs N°196 del 30.06.2003, riportata di seguito al presente modulo, ed esprimono il proprio consenso, ai sensi degli articoli 23 e 24 del medesimo Decreto, in particolare, a che i dati possano essere comunicati e trattati dai soggetti elencati al punto D, della predetta informativa.

I sottoscritti, firmando il presente modulo, dichiarano la propria cittadinanza italiana e di conoscere ed accettare la normativa vigente sul vincolo degli atleti.

Il presidente della società sportiva è garante dell'autenticità delle firme e responsabile della conservazione del presente modulo per cinque anni presso la sede sociale del sodalizio.

Per la Società			Codice Società 1 9 0 9 2 0 1 6 0 Data tesseramento (a cura C.P.			
PALLAVOLO VILLAC	IDRO ASD di VILLACIDI					
Cát. : AN ≅ Cam. Se	r. A AB ≅ Cam. Ser. B AR ≅ Camp. Reg.lé	AP = Camp. Pi	ov.le NE = Nato all'est	ero MV = Minivolley		
Cat. Cognome		Nome				
M/F Data nascita	Luogo nascita		elaca haratana kacaban daren erada erabarataren berrakarrak erabarrak berrakarrak berrakarrak berrakarrak berra			
Codice fiscale	Indirizzo (Via, Piazza, Co	rso, ect)	das danden berek selemba			
			TTTTTT			
Cap Comune		and a good to consider a decident		Prov Matricola		
Firma leggibile dell'atleta			Firma	leggibile di chi esercita la potestà nitoriale se l'atleta è minorenne		
presente modulo sono stati rico	abilità che gli atleti tesserati col pnosciuti idonei a svolgere attività della prescritta certificazione		IL PRESIDENTE D	ELLA SOCIETA'		