CENTRO RICERCHE ARTI MOTORIE DOJO GIUSTINIANI ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA

Via Chiabrera,7/1 Genova 16123 C.F. 95062370101

DOMANDA DI ISCRIZIONE A SOCIO PER MINORENNI B

SCRIVERE I DATI DEL MINORE

IL SOTTOSCRITTO……F☐M☐

NATO A……**IL**……

RESIDENTE A……**CAP**…….

VIA/P.ZZA……**N°**…….

TEL……**CELL**…….

CODICE FISCALE…….

E-MAIL……**ISCRITTO PER LA SESSIONE DI**…….

☐**NUOVA ISCRIZIONE** ☐**RINNOVO**

IL RICHIEDENTE E' INFORMATO CHE IN ASSENZA DI UN CERTIFICATO MEDICO VALIDO PER L'ANNO ACCADEMICO CORRENTE NON PUO' IN NESSUN MODO FREQUENTARE I CORSI.

Presa visione dell'atto costitutivo, dello statuto sociale e del regolamento interno dell'associazione, nei quali mi riconosco e mi impegno a rispettare integralmente, nonché della polizza di assicurazione, chiedo di essere ammesso alla frequenza dei corsi che vi si tengono e di esservi iscritto in qualità di socio. Ho anche preso visione che esite la possibilità facoltativa di poter stipulare una polizza assicurativa di tipo A o tipo B per infortuni durante l'attività. La qualifica di socio ha valore per un solo anno. Autorizzo l'associazione a utilizzare i mie dati personali in base alla legge del 30 giugno 2003 n°196 per il perseguimento degli scopi sociali. Con la presente esprimo inoltre il mio consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma, di immagini che mi ritraggono nello svolgimento delle attività associative, purchè la pubblicazione non avvenga per perseguire finalità di natura economica.
Autorizzo la comunicazione del mio indirizzo e del mio recapito e-mail ad Enti ai quali l'associazione è affiliata.

LUOGO……..**DATA**…….. **FIRMA GENITORE**…….

AUTORIZZAZIONE DEL GENITORE

IO SOTTOSCRITTO/A (genitore)……

IN QUALITA' DI GENITORE, LETTI ED APPROVATI L'ATTO COSTITUTIVO, LO STATUTO, IL REGOLAMENTO INTERNO DELL'ASSOCIAZIONE, E LA POLIZZA ASSICURATIVA

AUTORIZZO MIO FIGLIO…….

IN QUANTO MINORE, A FREQUENTARE I CORSI E LE MANIFESTAZIONI CHE SI TENGONO

A ……

NEI LOCALI DI……

E/O OCCASIONALMENTE IN DIVERSA SEDE. DICHIARO CHE MIO FIGLIO È IN PERFETTA FORMA FISICA E IDONEO A

FREQUENTARE I CORSI. ALLEGO COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA.

LUOGO E DATA **IN FEDE**

…… **IL GENITORE**……

www.accademiaitalianadiaikido.org - Sede legale: **Via Nicola Nisco,7 Roma**

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO

Spettabile Consiglio Direttivo A.S.D. ACCADEMIA ITALIANA di AIKIDO,

Il/La sottoscritto/a ..... Cod. Fiscale: .....

Nato/a a ..... il ..... domiciliato/a in .....

via ..... n.civico ..... cap ..... prov. .....

e-mail ..... disciplina praticata .....

grado ..... grado Aikikai ..... qualifica (Istruttore/Maestro) ..... Dojo .....

☐ **NUOVA ISCRIZIONE** ☐ **RINNOVO**

chiede al Consiglio Direttivo dell'**A.S.D. ACCADEMIA ITALIANA di AIKIDO e DISCIPLINE AFFINI** di essere ammesso/a nella qualità di Socio all' Associazione stessa, di conoscere Statuto, Regolamenti e Codice etico – consultabili sul sito WEB: **www.accademiaitalianadiaikido.org** - e di accettarli integralmente.
Dichiara di conoscere ed impegnarsi ad osservare il primo comma dell'Art.1914 del Codice Civile, riguardante l'assicurazione contro gli infortuni e cioè: "l'assicurato deve fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno". Dichiara inoltre di essere a conoscenza delle disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive e degli obblighi conseguenti.

_____, lì ___/___/_____ In Fede, il richiedente .....

Da compilarsi solo per i minori

I sottoscritti

in qualità di genitori del richiedente dichiarano di accettare, in base a quanto previsto dal Codice Civile sull'esercizio della Potestà parentale, il tesseramento alla A.S.D. ACCADEMIA ITALIANA di AIKIDO e DI DISCIPLINE AFFINI del proprio figlio/a, nonché di conoscere le disposizioni statutarie e regolamentari dell'Associazione.

Dichiariamo inoltre di essere a conoscenza delle disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive e degli obblighi conseguenti.

Firma dei genitori

Consenso al trattamento dei dati personali
Pienamente informato delle finalità e modalità di trattamento e rilevato che lo stesso è rispettoso dell'autorizzazione n. 2/2007 e 3/2007 del Garante per la protezione dei dati personali, esprimo il consenso al trattamento dei miei dati anche sensibili, in conformità con quanto illustrato nell'Informativa ricevuta.

_____, lì ___/___/_____ Firma leggibile del socio .....

DELEGA A TERZI PER IL RITIRO DAL CORSO DI AIKIDO DEL MINORE

Al Presidente del Centro Ricerche Arti Motorie Dojo Giustiniani

Il/La sottoscritto/a _____

Genitore/tutore dell'allievo_____

del corso di Aikido presso_____città_____

con la presente – da valersi ad ogni effetto di legge -, nella sua qualità di esercente la patria podestà, dichiara di voler delegare alla/e persona/e sotto indicata/e l'eventuale ritiro del/la proprio/a figlio/a dal corso di Aikido, assumendosi ogni responsabilità conseguente a tale delega ed esonerando il Centro Ricerche Arti Motorie Dojo Giustiniani da ogni responsabilità,

DELEGA

quale/i persona/e di propria fiducia per il ritiro dal corso del/la proprio/a figlio/a il/la Sig./Sig.ra:

Cognome_____Nome_____

Nato/a a_____il_____

Residente a_____in_____

Firma_____

Cognome_____Nome_____

Nato/a a_____il_____

Residente a_____in_____

Firma_____

Cognome_____Nome_____

Nato/a a_____il_____

Residente a_____in_____

Firma_____

N.B.: Si fa presente che, ai sensi delle leggi vigenti, al ritiro non può essere delegata persona minore di 18 anni.

La presente delega ha validità solo se integrata dalla fotocopia del documento di identità del delegante.

Sarà possibile il ritiro dell'allievo/a solo se la persona delegata presenta in visione un documento d'identità valido.

GENOVA/CHIAVARI_____

FIRMA DEL GENITORE/TUTORE

_____

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI ALL'USCITA DEI MINORI SENZA ACCOMPAGNATORI

AL TERMINE DEI CORSI DI AIKIDO

Al Presidente
Del Centro Ricerche Arti Motorie
Dojo Giustiniani

Oggetto: **DICHIARAZIONE LIBERATORIA PER USCITA AUTONOMA DELL'ALLIEVO AL TERMINE DEL CORSO DI AIKIDO**

Io sottoscritto_____nato a _____

Il_____domiciliato in_____

Via/piazza_____

In qualità di genitore/tutore/affidatario dell'allievo_____

Iscritto al corso di Aikido presso_____città_____

DICHIARA

Sotto la nostra responsabilità,

1. Di essere impossibilitati a garantire all'uscita dal corso di Aikido la presenza di un genitore o di un altro adulto appositamente delegato;
2. Di aver valutato le caratteristiche del percorso dojo-casa e dei potenziali pericoli;
3. Di aver valutato la capacità di autonomia, le caratteristiche e il comportamento abituale del proprio figlio;
4. Di essere disposto a collaborare col CRAM Dojo Giustiniani per ogni iniziativa di tutela e prevenzione e di esercitare un continuo controllo sul minore.

SI IMPEGNA

- A controllare i tempi di percorrenza e le abitudini del proprio figlio per evitare eventuali pericoli e affinché, arrivato a casa, trovi la dovuta accoglienza;
- Informare tempestivamente il Dojo Giustiniani qualora le condizioni di sicurezza si modifichino;
- Ritirare personalmente il minore su eventuale richiesta del Dojo e nel caso insorgano motivi di sicurezza;
- Ricordare costantemente al minore la necessità di corretti comportamenti ed atteggiamenti ed il rispetto del codice della strada.

Alla luce delle considerazioni eposte,si confida nell'accoglimento della presente richiesta.

Genova/Chiavari_____

in fede

_____

INFORMAZIONI PRIVACY *La seguente informativa, resa ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE/2016/679 e ai sensi dell'art. 13 del DLgs 30/06/2003 n. 196, è finalizzata all'acquisizione del consenso informato al trattamento dati.*

1. Il Titolare del trattamento dei dati da lei forniti è l'associazione/società sportiva dilettantistica **CENTRO RICERCHE ARTI MOTORIE DOJO GIUSTINIANI ASD** nella persona del legale rappresentate **EMANUELA BIRAGHI**, contattabile all'indirizzo mail **dojogiustiniani@libero.it**[i].
2. **(eventuale)** Il Consiglio Direttivo ha conferito l'incarico di Responsabile della protezione dei dati a __/////////////___ contattabile all'indirizzo mail ____/////////////_____@___/////////////____[ii].
3. I dati personali forniti verranno trattati - in virtù del consenso[iii] da lei accordato - per la gestione del rapporto associativo, per il tesseramento UISP e per l'organizzazione delle attività associative [iv].
4. Il trattamento potrà riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati particolari o "sensibili", vale a dire "*i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale*".
5. Il conferimento dei dati è obbligatorio per il raggiungimento delle finalità dello statuto dell'Associazione/Società ed è quindi indispensabile per l'accoglimento della sua domanda di ammissione a socio e per il tesseramento alla CSEN (e agli eventuali altri Enti e Federazioni a cui l'asd/ssd è affiliata): l'eventuale rifiuto a fornirli comporta l'impossibilità di accogliere la domanda di iscrizione e/o tesseramento, non essendo in tale ipotesi possibile instaurare l'indicato rapporto associativo e/o di tesseramento presso gli enti cui l'Associazione è affiliata[v].
6. I dati conferiti potranno essere comunicati alla CSEN (ed agli eventuali altri Enti e Federazioni a cui l'associazione/società sportiva fosse affiliata), al CONI, all'Istituto assicurativo, alle Pubbliche Amministrazioni nell'esercizio delle funzioni di legge ovvero nella rendicontazione di servizi convenzionati o finanziati. L'anagrafica degli atleti che partecipano a manifestazioni sportive competitive/agonistiche, potrà anche essere diffusa attraverso gli organi di stampa e gli strumenti di comunicazione dell'associazione/società sportiva dilettantistica nonché dell'Ente o degli Enti affilianti[vi].
7. I dati anagrafici saranno conservati per dieci anni ai sensi del codice civile. La conservazione si rende necessaria per poter dimostrare la corretta gestione del rapporto associativo nel rispetto dell'ordinamento sportivo e della normativa fiscale[vii].
8. Il trattamento potrà avvenire su supporto cartaceo ed informatico, nel rispetto delle misure di sicurezza adottate dall'associazione/società sportiva dilettantistica.
9. In ogni momento Lei potrà esercitare i diritti di cui all'artt. 15 – 20 del GDPR quali, a titolo esemplificativo, il diritto di accesso ai propri dati personali per aggiornarli/rettificarli o chiederne la cancellazione, il diritto di limitarne il trattamento revocando il consenso con riferimento a specifiche finalità perseguite o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati. Tali diritti possono essere esercitati attraverso specifica istanza da indirizzare tramite raccomandata - anche a mano o PEC - al Titolare del trattamento[viii]. Lei ha inoltre il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali[ix].
10. L'associazione/società sportiva dilettantistica non attiva alcun processo decisionale automatizzato, né alcuna attività di profilazione. [x]

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Io sottoscritto/a _____,

letta l'informativa che precede, acconsento al trattamento dei miei dati personali nelle modalità e per le finalità indicate.

Luogo data_____ Firma _____

NOTE

[i] l'identità e i dati di contatto del titolare del trattamento e, ove applicabile, del suo rappresentante

[ii] i dati di contatto del responsabile della protezione dei dati, ove applicabile;

[iii] Base giuridica del trattamento

[iv] le finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali

[v] se la comunicazione di dati personali è un obbligo legale o contrattuale oppure un requisito necessario per la conclusione di un contratto, e se l'interessato ha l'obbligo di fornire i dati personali nonché le possibili conseguenze della mancata comunicazione di tali dati

[vi] gli eventuali destinatari o le eventuali categorie di destinatari dei dati personali

[vii] Periodo di conservazione e legittimo interesse del titolare al trattamento/conservazione

[viii] l'esistenza del diritto dell'interessato di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati

[ix] il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo

[x] l'esistenza di un processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze previste di tale trattamento per l'interessato

Dichiarazione di accettazione (DA FAR SOTTOSCRIVERE AD OGNI TESSERATO)

Io sottoscritto …… tessera n. ……..……

ruolo ..... dichiaro di aver ricevuto:

- il Modello Organizzativo di Gestione e Controllo ed il Codice di Condotta
- La modulistica predisposta per la segnalazione di abusi, violenze, discriminazioni anche ai sensi del d.Lgs. 198/2006
- I contatti del Responsabile Safeguarding nominato dalla ASD/SSD

Firma: Data:

Principali Contatti del Responsabile contro abusi, violenze e discriminazioni (COMPILAZIONE A CURA DELLA ASD/SSD E CONSEGNA AL TESSERATO)

RESPONSABILE SAFEGUARDING ASD/SSD	RECAPITO	DETTAGLIO
Sig. ……Marina Firpo……	Ufficio	+39 3477863317 ……..
	Cellulare	+39 3477863317 ……..
	Mail	dojo.safeguarding@libero.it ……

Modulo di Segnalazione (DA CONSEGNARE A CIASCUN TESSERATO)

CONFIDENZIALE / RISERVATO

DATI DEL SEGNALANTE
NOME: …… COGNOME:…….
ASD/SSD: …….
RUOLO (dirigente, atleta, tecnico): …….
N° di telefono principale: ……..
Mail: ……. Relazione con il minorenne: ……..

Dati della persona che si ritiene abbia subito molestia o abuso (nel caso diverso dal segnalante)
NOME e COGNOME
DATA DI NASCITA
RUOLO (atleta, altro,..)
ORIGINE ETNICA
PERSONA CON DISABILITA'(se nota)
SESSO

Se minorenne indicare nome e cognome del/dei genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale:
Recapiti (genitore/i o esercente/i responsabilità genitoriale) Indirizzo: …….. Cellulare: …….. e-mail: ……
Il/i genitore/i o l'esercente responsabilità genitoriale è/sono stato/stati informato/i dell'accaduto? □ SI □ NO
Si sta segnalando un fatto a cui si è assistito personalmente o di cui si ha avuto percezione diretta o quanto riferito da un'altra persona? □ fatto a cui ho assistito personalmente o di cui ho avuto percezione direttamente quanto □ riferito da un'altra persona
Se si sta segnalando quanto riferito da un'altra persona indicare:
Nome e cognome della persona che ha segnalato: Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso: Recapito telefonico:
Data, ora e luogo del/i fatto/i riportato/i:
Dettagli del fatto/i o dell'episodio che desta preoccupazione. (includere altre informazioni rilevanti, come la descrizione di eventuali infortuni occorsi e se si sta riportando questo incidente come fatto realmente avvenuto, opinione, supposizione o per sentito dire)

Fornire la testimonianza o il racconto del fatto di chi ha subito l'abuso o la molestia (se noto):
Fornire la testimonianza o il racconto di eventuali testimoni dell'incidente:
Indicare i dati del/dei testimone/i: Nome e cognome: Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso Data di nascita: Indirizzo completo: Recapito telefonico: e-mail: Nome e cognome: Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso Data di nascita: Indirizzo completo: Recapito telefonico: e-mail:
Fornire i dettagli di qualsiasi persona coinvolta nei fatti o che si ritiene abbia causato il/i fatto/i o provocato eventuali lesioni: Nome e cognome: Ruolo/posizione nell'ambito sportivo e rapporto che intercorre con la persona che ha subito la molestia o abuso: Data di nascita: Indirizzo completo: Recapito telefonico: e-mail:
Indicare eventuali azioni finora intraprese:

Attuale sicurezza del minorenne (incluse informazioni se il luogo dove risiede sia sicuro, se corre rischi di qualsiasi tipo, se ha espresso timori da tenere in considerazione, etc.):

È stata richiesta assistenza medica di emergenza per il minorenne?

Se "si", indicare a chi (servizio, nominativo del personale, recapiti) e indicare se è stata già data (luogo, servizio, nominativo del personale, recapiti):

Chi altro è a conoscenza del caso?

Agenzia, ente, organizzazione, altro:

Membro della famiglia o altri (specificare):

Questa sezione è da compilarsi a cura del Responsabile che ha preso in carico la Segnalazione

Ricevuta segnalazione da (specificare dati del segnalante):

……

Data e ora della ricezione della segnalazione:

1. E' un caso da trattare con procedure esterne, ovvero non c'è connessione tra il caso e l'ASD/SSD? (Si/No e specificare):

2. E' un caso da trattare con procedure interne (Si/No e specificare):

Se si è risposto "si"al punto n°2, contattare immediatamente il Safeguarding Office all'indirizzo mail salvaguardia@csen.it.

Eventuali azioni intraprese (fornire dettagli):

Sono state coinvolte autorità giudiziarie (Si/No, specificare il perché)?

E' stato richiesto un intervento medico?

Data ed ora dell'invio/intervento medico effettuato:

Firma del Responsabile