



# CAVALLINO A.S.D.

[www.cavallinoasd.it](http://www.cavallinoasd.it)

## RICHIESTA TESSERA ANNO 2023

Il sottoscritto _____	Sesso _____	Nazionalità _____						
nato a _____	il _____							
Residente a _____	CAP _____	Prov. _____						
in _____	Cod. Fiscale _____							
Tel.cell. _____	Mail _____							
Taglia:	<input type="checkbox"/> 1XS	<input type="checkbox"/> 2S	<input type="checkbox"/> 3M	<input type="checkbox"/> 4L	<input type="checkbox"/> 5XL	<input type="checkbox"/> 6XXL	<input type="checkbox"/> 73XL	<input type="checkbox"/> 84XL

chiede di essere tesserato, accettando quanto riportato in calce, con la Società:  
**CAVALLINO ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA**  
sede in **Cortona Via dei Mori 28**

Ai sensi della L. n. 15 del 1968, il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che i dati sopra riportati sono veritieri.

Tipo di Tessera: FCI  UISP  AICS   
CICLOAMATORE  CICLOTURISTA

\_\_\_\_\_  
Firma del richiedente

\_\_\_\_\_  
Firma del genitore o di chi ne fa le veci

Sottoscrivendo la presente richiesta, l'atleta in oggetto dichiara che, sulla base delle visite mediche e dei prescritti accertamenti, è stato riconosciuto, ai sensi delle vigenti disposizioni, idoneo all'attività sportiva relativa alla categoria di cui alla presente richiesta e che il relativo certificato è conservato presso la Società. Il Presidente della Società si impegna altresì, sotto la sua personale responsabilità, ad accertarsi del rinnovo di detti certificati qualora essi venissero a scadere di validità nel corso dell'anno di tesseramento. La documentazione andrà presentata in originale ad ogni richiesta degli organi federali. e che tale documentazione cartacea debitamente firmata dall'atleta richiedente è conservata presso la sede sociale

**La copertura assicurativa sarà valida solo se, dopo la richiesta presentata, verrà riscontrata la sussistenza delle condizioni per il tesseramento.**

DATA RICHIESTA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
IL PRESIDENTE (firma autografata)

**CAVALLINO ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA**

Sede Legale: Via dei Mori, 28 52044 Cortona - Arezzo -  
Tel. 3473905945 - P.Iva 01896800511



# CAVALLINO A.S.D.

[www.cavallinoasd.it](http://www.cavallinoasd.it)

Io sottoscritto ....., nato a .....il....., quale socio del **CAVALLINO A.S.D.**, dichiaro di accettare e condividere integralmente lo statuto, che mi impegno a rispettare.

1. Dichiaro inoltre di attenermi al rispetto delle norme statuarie, organiche, disciplinari, tecniche e regolamentari dell'Ente cui la predetta a.s.d. è affiliata.
2. Dichiaro di non averla richiesta per lo stesso anno a un altro organismo (Federazione Nazionale o U.C.I.).
3. Mi impegno a restituire la mia licenza al momento della scadenza temporale dell'idoneità medico – sportiva.
4. Mi impegno a restituire la mia licenza qualora intervenisse un elemento suscettibile di modificare in modo sostanziale le circostanze esistenti al momento della mia richiesta; La presente richiesta e l' utilizzo della licenza sono effettuate sotto la mia responsabilità esclusiva.

Dichiaro altresì **che non**:

- Sono stato rinvenuto positivo ai controlli antidoping accreditati dall' U.C.I., dal Comitato Olimpico Nazionale ed Internazionale, dalla WADA, siano essi programmati o a sorpresa, ovvero mi sia mai rifiutato di sottopormi ai controlli antidoping e/o tutela della salute, programmati o a sorpresa;
- Sono stato trovato con valori alterati dei parametri biologici considerati quali indicatori di rischio per la salute, secondo le normative vigenti del CIO, UCI, FNC, senza che sia dimostrabile una reale condizione genetica e/o fisiologica in grado di motivare l'alterazione del/i parametro/i;
- Sono stato trovato in possesso di farmaci o di sostanze biologicamente o farmacologicamente attive, proibite o soggette a restrizioni d'uso secondo le vigenti leggi e disposizioni regolamentari in materia di doping, senza alcuna giustificazione plausibile, circostanziata e documentata e in ogni caso senza alcuna dettagliata prescrizione medica;
- Ho adottato pratiche mediche non giustificate da condizioni patologiche e terapeutiche documentate, finalizzate ovvero idonee a modificare i risultati dei controlli antidoping sull'uso di farmaci non consentiti;
- Sono stato sottoposto a squalifica superiore a mesi 6 da parte dei competenti organi sportivi, per fatti connessi al doping;
- Sono stato sottoposto dall'autorità giudiziaria a provvedimenti coercitivi personali ovvero ad indagini per fatti commessi alla violazione della normativa antidoping.

**La presente autocertificazione è assimilata a quella prevista ai sensi e per gli effetti del D.P.R.28 dicembre 2000,n. 445. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia**

## DICHIARAZIONE DEL TESSERATO DI MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Letta l'informativa ai sensi del GDPR del 25 Maggio 2018 recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali" in relazione al trattamento dei propri dati personali da parte della FCI per le finalità indicate nell'informativa e nei limiti di cui alla stessa

Esprime il consenso SI

Nega il consenso NO

In relazione al punto 5) Comunicazione e diffusione dei dati

Esprime il consenso SI

Nega il consenso NO

Arezzo, li.....

Firma del Tesserato \_\_\_\_\_

**CAVALLINO ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA**

Sede Legale: Via dei Mori, 28 52044 Cortona - Arezzo -  
Tel. 3473905945 - P.Iva 01896800511