



Spett. le Consiglio Direttivo  
della società sportiva Team Pedale Padova

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Domiciliato/a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Documento di riconoscimento \_\_\_\_\_

nr \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_

chiede al Consiglio direttivo dell'Associazione Team Pedale Padova di essere ammesso/a nella qualità di socio dell'Associazione stessa e, all'uopo dichiara di conoscere lo Statuto e il Regolamento e di accettarli integralmente. Attesta di aver preso visione e di accettare le condizioni previste dalle polizze assicurative, pertanto richiede la tessera US ACLI con polizza assicurativa  
cicloturista ف                      cicloamatore ف

- di conoscere e di 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, delle decisioni dei competenti organi dell'US ACLI in merito alla qualificazione delle attività "agonistiche" e "non agonistiche e degli obblighi conseguenti.
- di conoscere e di impegnarsi a rispettare il regolamento predisposto dai competenti organi del Coni e dell'US ACLI in materia di antidoping.

Dichiaro di aver consegnato al Team Pedale Padova il Certificato Medico in originale, come previsto dal Decreto Ministeriale della Sanità 18 febbraio 1982 ovvero dal Decreto del Ministero della Sanità 28 febbraio 1983, e l'Elettrocardiogramma in originale se Cicloturista, con l'attestazione dell'assenza di patologie cardiovascolari preesistenti. Sono consapevole che, alla scadenza del Certificato Medico, sono tenuto/a a presentarne uno nuovo, assieme all'Elettrocardiogramma, se Cicloturista, pena la sospensione del tesseramento e di conseguenza della copertura assicurativa, pertanto manleva il Team Pedale Padova e il suo Presidente da qualsivoglia responsabilità dall'inosservanza di tale obbligo. Sono altresì consapevole che con il Certificato Medico scaduto mi è interdetta la partecipazione a manifestazioni sportive agonistiche e non agonistiche, assumendome anche in questo caso la responsabilità nel caso vi partecipassi.

N.B.

Se nell'anno in corso il socio non parteciperà ad almeno 8 presenze alle uscite domenicali il consiglio si riserva la facoltà di confermare l'iscrizione all'anno successivo

In fede

Data \_\_\_\_\_

Il richiedente \_\_\_\_\_

Ricevuta l'informativa sul trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del DLGS 196/03, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e per le finalità e nei limiti indicati dalla menzionata informativa.

Si dichiara di essere a conoscenza che l'assemblea ordinaria dell'Associazione è convocata per il 21/02/2019 in seguito a delibera del Consiglio Direttivo del 06/12/2018

Data \_\_\_\_\_ Firma leggibile dell'associato \_\_\_\_\_