



## **RICHIESTA DI ADESIONE E QUOTA ASSOCIATIVA PER MINORENNI**

*Anno sociale 2024*

Io sottoscritto genitore di \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

### **CHIEDO**

l'iscrizione di nostro/a figlio/a alla "SUSO ASD-APS" con affiliazione al CONI e copertura assicurativa dal 01.01.2024 al 31.12.2024.

- dopo aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati,  
prestiamo il consenso al trattamento di foto e video secondo  
quanto descritto dall'Informativa

SI  NO

Rilascio la seguente autorizzazione assumendomi ogni responsabilità in merito alla mancata veridicità di quanto dichiarato, anche in nome e per conto dell'altro genitore o degli altri soggetti esercenti la potestà sul minore.

**Quota associativa € 10,00**

nome e cognome del padre

nome e cognome della madre

Cellulare

Cellulare

Mail

Mail

Firma

Firma