



W.T.A. FUNCTIONAL TRAINING ACADEMY

AFFILIATA



RICHIESTA DI AMMISSIONE A SOCIO

e tesseramento CSEN

COMPILARE IN STAMPATELLO IL PRESENTE MODULO IN OGNI SUA PARTE ED INVIARE INSIEME ALLA RICEVUTA DI AVVENUTO PAGAMENTO DELLA QUOTA ED AL CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO (ANCHE NON AGONISTICO) ALLA MAIL: wtafunctionaltraining@gmail.com

DATA RICHIESTA: _____

IL SOTTOSCRITTO

NOME: _____ COGNOME: _____ SESSO: M F

DATA DI NASCITA: ____/____/____ LUOGO DI NASCITA: _____ PROV: _____

RESIDENTE A : _____ PROV: _____ VIA: _____ N°: _____ CAP: _____

CF: _____ TELEFONO: _____

MAIL _____ TAGLIA T SHIRT: _____

CHIEDE

con la presente di poter essere ammesso in qualità di socio all'Associazione Sportiva Dilettantistica

W.T.A. Functional Training Academy, affiliata al CSEN (Ente di Promozione Sportiva riconosciuto dal CONI).

DICHIARA

- Di essere a conoscenza che l'associazione risponde per gli infortuni dei propri soci secondo quanto stabilito dal contratto che l'Ente stipula a tutela dei soci con l'adozione della tessera nazionale;
- Di essere a conoscenza che la durata della tessera di affiliazione è di un anno a partire dalla data di iscrizione;
- Di aver letto e di rispettare lo Statuto e di impegnarsi inoltre a versare le quote associative stabilite dal Consiglio Direttivo.

FIRMA DEL SOCIO

FIRMA DEL PRESIDENTE
