



## MODULO TESSERAMENTO

### RICHIESTA DI AFFILIAZIONE AD AIWELL

Compilare in stampatello il modulo in ogni sua parte ed inviarlo, a:  
[info@accademiaitalianawellness.it](mailto:info@accademiaitalianawellness.it)  
assieme alla ricevuta di pagamento della quota associativa di Euro 10,00 effettuato a favore di  
“asd Accademia Italiana Wellness” IBAN IT82R0899524213026090002221

DATA: .....

IL SOTTOSCRITTO:

NOME: .....

COGNOME: .....

DATA DI NASCITA: ...../...../.....

LUOGO DI NASCITA: ..... PROV: .....

RESIDENTE A: ..... PROV: .....

VIA: ..... N°: ..... CAP: .....

C.F.: ..... TELEFONO: ..... MAIL: .....

CITTÀ: .....

CHIEDE:

con la presente di poter essere ammesso in qualità di socio per l'anno corrente, all'Associazione Sportiva Dilettantistica  
“Accademia Italiana Wellness”, affiliata a Aics, Ente di Promozione sportiva riconosciuto dal CONI.

DICHIARA INOLTRE

- Di aver letto e di rispettare lo Statuto.

- Di essere a conoscenza che la durata della tessera di affiliazione è di un anno solare.
- Di essere a conoscenza che l'associazione risponde per gli infortuni dei propri soci secondo quanto stabilito dal contratto che l'Ente di promozione sportiva stipula a tutela dei soci con la sottoscrizione della tessera nazionale.
- Di essere in possesso di certificato medico attestante l'idoneità alla pratica sportiva, anche se non agonistica.

Preso atto dell'informativa resa all'interessato, acconsento ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) al trattamento dei miei dati personali da parte dell'Accademia Italiana Wellness

Firma del socio richiedente (firma del genitore di socio minorenni)

.....