

PAREUS SUMMER CAMP 2021



I seguenti documenti vanno compilati e firmati e inviati via mail a caorlelalutecalcio@gmail.com per limitare al massimo i contatti o consegnati a mano presso la sede di Caorle Stadio Chiggiato oppure La Salute di Livenza Campo "Veronese".

SCHEDA ISCRIZIONE

DATI PARTECIPANTE (scrivere in stampatello)

COGNOME _____ NOME _____
NATO IL _____ A _____ CM ALTEZZA _____ KG _____ RUOLO DI GIOCO _____
RESIDENTE A _____ CAP _____ VIA N. _____
CODICE FISCALE _____

ADULTO AVENTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE

COGNOME _____ NOME _____
RESIDENTE A _____ CAP _____ VIA N. _____
CELLULARE _____ TELEFONO _____ EMAIL _____
FIRMA _____ FIRMA _____

INDICARE L'OFFERTA PRESCELTA (è possibile indicare una o più opzioni)

STADIO CHIGGIATO P.LE OLIMPIA 23 CAORLE DALLE ORE 8:00 ALLE ORE 12:00

Ragazzi/e nati dal 2015 al 2006 , PORTIERI COMPRESI

dal 07/06 al 11/06

dal 14/06 al 18/06

dal 21/06 al 25/06

QUOTE E PROMOZIONI

QUOTA SETTIMANA	KIT	PROMOZIONE	PROMOZIONE	PROMOZIONE	PROMOZIONE	SERVIZIO TRASPORTO
	Maglia, panta, calzini e sacca	Per ulteriore seconda settimana	Dalla terza e per tutte le altre settimane	Per ciascun fratello/sorella sulla quota settimanale	Per i tesserati Asd Città di Caorle La Salute che si iscrivono entro il 15 maggio sulla quota	Disponibilità da verificare con la segreteria
€ 90,00	€ 30,00	€ 80,00	€ 70,00	- 30%	- 10%	

Obbligatorio predisporre e consegnare al partecipante oltre al corredo personale: Scarpe da ginnastica, scarpe da calcio con tacchetti in gomma, parastinchi, asciugamano personale, tuta/felpa e K-way anche una borraccia personale e gel igienizzante.

ASD CITTA' DI CAORLE-LA SALUTE Sede: Piazzale Olimpia 23 Caorle – Corso Cavour 81 La Salute di Livenza Matr: 25120 email: caorlelalutecalcio@gmail.com
caorlelalutecalcio@pec.it C.F. – P.I. 02238000273

PAGAMENTO

All'atto dell'iscrizione dovrà essere versata l'intera quota

(se si ha diritto ad una delle promozioni si potrà pagare la quota scontata)

MODALITA' DI PAGAMENTO

Bonifico bancario

intestato a : A.S.D. CITTA'DI CAORLE LA SALUTE

IBAN : IT41W0533636310000030126380

Banca : Banca Credit Agricole Friuladria Filiale : La Salute di Livenza (VE)

Causale : Nome e Cognome del partecipante

presso la Segreteria

CAORLE - LUNEDI' DALLE ORE 17.00 ALLE ORE 19.00

LA SALUTE DI LIVENZA - SABATO DALLE ORE 11.00 ALLE 12.30

su appuntamento

333 2331329

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1. Copia o ricevuta del versamento della quota di iscrizione;
2. Scheda sanitaria debitamente compilata
3. Certificato medico sportivo per l'idoneità alla pratica sportiva agonistica, oppure il Certificato medico per l'idoneità alla pratica sportiva non agonistica rilasciato dal medico curante;(per i non tesserati con Asd Città di Caorle La Salute)
4. Modello autocertificazione COVID-19; (vedi modello on line da scaricare)
5. Autocertificazione responsabilità genitoriale.

L'ISCRIZIONE DEVE ESSERE PRESENTATA ENTRO DIECI GIORNI PRIMA DELL'INIZIO DELLA SETTIMANA PRESELTA.

NOTA BENE:

- per i calciatori tesserati con vincolo annuale SGS, non è necessaria la presentazione del " NULLA OSTA" della Società di appartenenza.

Per ulteriori informazioni:

cell: 333 2331329

E mail: caorlelasalutecalcio@gmail.com

PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI E DELLE IMMAGINI
(art.13 D.Lgs n.196/2003 e Reg. UE GDPR 2016/679)

Con la presente la informiamo che la A.S.D. Città di Caorle La Salute con sede in Caorle (VE) P.le Olimpia 23 – Matricola FIGC nr. 25120 – P.Iva 02238000273 – mail: caorlelascalutecalcio@gmail.com Sito Web: www.caorlelascalutecalcio.it , in qualità di titolare e responsabile, tratterà i suoi dati personali, identificati ai sensi dell'art. 13 del GDPR, con le modalità e le precauzioni appresso indicate:

1. Figure che intervengono nel trattamento

Interessato: Colui che conferisce i propri dati personali ed al quale questa informativa è rivolta. In questo caso PARTECIPANTE al Pareus Summer Camp 2021;

Titolare del trattamento: A.S.D. Caorle La Salute che raccoglie il dato e lo elabora, archivia o trasmette; Responsabile del trattamento: L'eventuale incaricato del trattamento; Terzo che riceve il dato: Colui al quale il dato è conferito dalla A.S.D. Città di Caorle La Salute;

2. Modalità del trattamento

I dati riguardanti la vostra persona e quelli del minore, saranno oggetto di trattamento in conformità alla normativa vigente sopra riportata. In particolare, i dati personali verranno trattati mediante strumenti manuali e informatici e/o telematici, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei medesimi, nonché la piena osservanza di legge.

3. Finalità del trattamento

Il trattamento, a seguito del Suo consenso, è finalizzato alla gestione della Sua richiesta di iscrizione al Pareus Summer Camp 2021 così come previsto dal contratto sottoscritto, alla partecipazione delle attività proposte, e al Suo tesseramento a Enti di promozione sportiva anche per finalità assicurative. Ai numeri di telefono e all'indirizzo mail che indicherà in sede di richiesta di iscrizione, saranno inviate solamente comunicazioni relative alla gestione delle attività del Pareus Summer Camp 2021, ivi comprese le comunicazioni per le attività svolte con la A.S.D. Città di Caorle La Salute.

4. Obbligo del conferimento

Il conferimento è necessario ed obbligatorio per le citate finalità ed il diniego comporterà l'impossibilità di aderire al Pareus Summer Camp 2021 e al tesseramento presso gli enti di Promozione sportiva ai fini di acquisire servizi assicurativi.

5. Comunicazione dei dati

I dati da Lei forniti verranno, da noi trattati e comunicati, per le finalità indicate nel trattamento, all'ente di promozione sportiva, e tramite questo alla compagnia assicuratrice da essa scelta, per le finalità istituzionali conseguenti la partecipazione al Camp. Gli stessi agiranno in piena autonomia in qualità di Responsabili del trattamento per i rispettivi adempimenti di competenza. Inoltre i dati stessi, a richiesta saranno comunicati a Pubbliche Amministrazioni per i fini di legge.

6. Luogo e modalità di conservazione dei dati

I dati personali sono conservati, dal titolare del trattamento, su supporto cartaceo e/o su server informatici, in luoghi ubicati all'interno della Comunità Europea. A richiesta dell'interessato, in riferimento a quella data, verranno comunicati gli indirizzi di conservazione.

7. Periodo di conservazione dei dati

I suoi dati saranno conservati per il periodo previsto dalla normativa vigente. Decorso tale termine, gli stessi saranno archiviati in file protetti per il periodo previsto dalle normative di Legge, ed a termine distrutti.

8. Diritti dell'interessato

Con specifica istanza, da inviare alla Asd Città di Caorle La Salute Pareus Summer Camp 2021, Titolare del trattamento, tramite raccomandata o posta elettronica, potrà conoscere i Suoi dati personali in possesso dell'ente, chiedere la modifica, la rettifica o la distruzione. Inoltre potrà completarli, aggiornarli o richiederne copia. Eventuali richieste di copie su supporto cartaceo non ritirate presso l'ente saranno soggette a contributo spese per l'invio. Potrà inoltre , con le stesse modalità revocare il consenso, opporsi al trattamento di tutti o parte dei dati, o chiederne l'invio a terzi da Lei indicati. Potrà proporre reclami al Garante per la protezione dei dati personali qualora ritenesse violati i suoi diritti.

9. Modalità di controllo

Verranno posti in essere controlli di sicurezza funzionali in ambito informatico e web mediante: • Controllo e tracciabilità degli accessi mediante ID e Password di livelli diversi • Codifica del Trattamento con individuazione e partizione dei processi • Sistema di protezione da malware • Minimizzazione dei dati trattati Verranno predisposti controlli fisici mediante: • Conservazione dei supporti cartacei in luoghi protetti ed accessibili solo a personale incaricato • Conservazione dei supporti fisici del server in luogo protetto e backup dei dati • Stipula di contratti accurati in tema di trattamento dei dati Verranno predisposti controlli organizzativi mediante specifica formazione del personale che abbia accesso ai dati personali

10. Fotografie, opere audiovisive e contenuti multimediali

Con il consenso fornito dall'interessato al trattamento dei propri dati, la A.S.D. Città di Caorle La Salute per le finalità statuarie ad esse strumentali attuate, la stessa è autorizzata alla pubblicazione di comunicati eventualmente riportanti nome e cognome dell'interessato e di fotografie/filmati che lo ritraggono mediante affissione all'albo, mass media o siti internet. Tali dati e immagini potranno essere trattati comunque esclusivamente per il raggiungimento delle finalità statuarie dell'Associazione e per le iniziative deliberate dai suoi organi.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI E IMMAGINI PERSONALI

Il Sottoscritto _____ in qualità di _____ del partecipante al Pareus Summer Camp 2021 _____, letta l'informativa che precede, acconsente al trattamento dei dati e immagini del partecipante nelle modalità e per le finalità descritte nell'informativa che precede.

Caorle (VE) li _____

Firma di chi esercita la Responsabilità Genitoriale dell'iscritto _____

PAREUS SUMMER CAMP 2021

CAORLE (VE)

AUTOCERTIFICAZIONE ATTESTANTE LA RESPONSABILITA' GENITORIALE

Il/La sottoscritto/a _____

genitore di _____

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali cui può incorrere in caso di dichiarazione mendace

DICHIARA

A.

- di esercitare congiuntamente con l'altro genitore la responsabilità genitoriale sul/la figlio/a partecipante al Pareus Summer Camp 2021

Oppure, solo per genitori divorziati o separati:

B.

- Di esercitare da solo la responsabilità genitoriale sul/la figlio/a al Pareus Summer Camp 2021
- che la partecipazione del figlio/a al Pareus Summer Camp 2021 , come risultante dalla scheda d'iscrizione, non è in contrasto con disposizioni dell'autorità in merito all'affidamento del/la medesimo/a

in fede

MODELLO AUTOCERTIFICAZIONE SCHEDA SANITARIA

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ il ___/___/_____

e residente in _____

In caso di atleti minori: genitore di _____

nato a _____ il ___/___/_____

e residente in _____

DICHIARO QUANTO SEGUE

In possesso del certificato idoneità sportiva agonistica/non agonistica con scadenza in data ___/___/_____

Sintomi riscontrati negli ultimi 14 giorni

Febbre > 37.5°	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Tosse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Stanchezza	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mal di gola	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Mal di testa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Dolori muscolari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Congestione nasale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Nausea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Vomito	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Perdita di olfatto e gusto	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Congiuntivite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Diarrea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Eventuale esposizione al contagio

CONTATTI con casi accertati COVID 19 (tampone positivo)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTATTI con casi sospetti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTATTI con familiari di casi sospetti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONVIVENTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTATTI con febbre o sintomi influenzali (no tampone)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Ulteriori dichiarazioni _____

Il/la sottoscritto/a come sopra identificato attesto sotto mia responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio contagio all'interno della struttura sportiva ed alla pratica di attività agonistica (art. 46 D.P.R. n. 445/2000).

Autorizzo inoltre _____ (indicare la denominazione dell'associazione/società sportiva) al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. Eu 2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data ___/___/_____