



# TOP PLAYER ACADEMY

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente in via/P.za \_\_\_\_\_

C.A.P. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

N° telefonico \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

Tessera SCHOLA SPORTORUM A.S.D. Anno \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_

Quota di partecipazione a 3 allenamenti 120€

Quota di partecipazione a 6 allenamenti 180€

Quota di partecipazione a 9 allenamenti 230€

Quota di partecipazione a 12 allenamenti 270€

Quota di partecipazione a 15 allenamenti 300€

La quota è comprensiva di maglia, tessera e assicurazione

**Allegare fotocopia CERTIFICATO MEDICO**

**bonifico bancario intestato a SCHOLA SPORTORUM ASD**

**cod IBAN IT61V0548412301CC0420422266 c/o CIVI BANK**

**Si ricorda che la copertura assicurativa è operativa solo all'interno della palestra**

In riferimento alla vigente normativa per la tutela della privacy, con la sottoscrizione dell'iscrizione dò il consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi la documentazione cartacea, digitale, fotografica, video e informatica raccolta durante la frequenza ai corsi e in tutte le attività ad essi collegate, per l'espletamento delle funzioni istituzionali : raccolta, registrazione, conservazione, elaborazione, allenamenti .

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## RICEVUTA

Ricevo da .....per la Tessera associativa Schola Sportorum  
A.S.D. n..... e per nr..... allenamenti al TOP PLAYER ACADEMY  
un totale di euro.....

DATA .....

SEGRETERIA

