



Federazione Sport Sordi Italia

Via Gregorio VII, 120 – 00165 Roma – RM –
Dts e Tel. 066384978 Fax 0639367772 Email info@fssi.it

ANNO 2006/2007

Denominazione Società

FOTO N. 1

Si prega di incollare
la foto tessera originale
non spillare,
non stampate o
fotocopiate.

Codice Società (assegnato dalla FSSI) N.

MODULO DI TESSERAMENTO INDIVIDUALE **SCHEDA ANAGRAFICA ISCRITTI PRESSO LE SOCIETÀ SPORTIVE**

Cognome	:	_____
Nome	:	_____
Comune di nascita	:	_____ (____)
Data di nascita	:	___/___/___ Sesso : M <input type="checkbox"/> - F <input type="checkbox"/>
Codice Fiscale	:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Documento	:	<input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/> Carta d'identità <input type="checkbox"/> Passaporto - N. _____ Data rilascio ___/___/___ Scadenza ___/___/___
Comune di residenza	:	_____ (____)
Indirizzo	:	_____
		N. _____ Scala _____ CAP _ _ _ _ _
TEL./DTS	:	_____/_____
Fax	:	_____/_____
Cell.	:	_____/_____
E-mail	:	_____
UDENTE <input type="checkbox"/> - ESAME AUDIOMETRICO <input type="checkbox"/>		

Dichiaro che i dati riportati sono conformi a quelli del tesseramento e che lo stesso, quando ATLETA, è in regola con le disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria dell'attività sportiva per quanto concerne la certificazione di idoneità specifica allo sport agonistico, conservata agli atti della Società (D.M. 18/02/1982 - Circolare n. 84 del 24/10/88 - Ministero della Sanità).

La Società invia altresì copia del certificato audiometrico (eseguito della ASL o Struttura Ospedaliera).

Data, ___/___/___



Il Presidente _____

N.B.

Si prega di compilare tutti i dati.



CODICI DI INDIVIDUAZIONE DELLE QUALIFICHE SOCIETARIE (BARRARE LA CASELLA INTERESSATA)

SOC		DIRIGENTI
SOC 01	<input type="checkbox"/>	PRESIDENTE
SOC 02	<input type="checkbox"/>	VICE PRESIDENTE
SOC 03	<input type="checkbox"/>	CONSIGLIERE
SOC 08	<input type="checkbox"/>	COMMISSARIO

TEC		TECNICI SOCIETARI
TEC 04	<input type="checkbox"/>	TECNICO
TEC 05	<input type="checkbox"/>	PREPARATORE ATLETICO
TEC 06	<input type="checkbox"/>	ALLENATORE
TEC 07	<input type="checkbox"/>	ACCOMPAGNATORE UFFICIALE

ATL		ATLETI
ATL 01	<input type="checkbox"/>	ATLETA
ATL 04	<input type="checkbox"/>	ATLETA/PRESIDENTE
ATL 05	<input type="checkbox"/>	ATLETA/VICEPRESIDENTE
ATL 06	<input type="checkbox"/>	ATLETA/CONSIGLIERE
ATL 07	<input type="checkbox"/>	ATLETA/SEGRETARIO
ATL 08	<input type="checkbox"/>	ATLETA/REVISORE

AAA		ASS. SOCIALI / SANITARI
AAA 01	<input type="checkbox"/>	MEDICO / PARAMEDICO
AAA 02	<input type="checkbox"/>	FISIOTERAPISTA
AAA 03	<input type="checkbox"/>	MASSAGGIATORE
AAA 04	<input type="checkbox"/>	ASSISTENTE SOCIALE
AAA 05	<input type="checkbox"/>	INTERPRETE
AAA 06	<input type="checkbox"/>	ACCOMPAGNATORE

ATR		ALTRI
ATR 01	<input type="checkbox"/>	COLLABORATORE
ATR 03	<input type="checkbox"/>	SEGRETARIO
ATR 04	<input type="checkbox"/>	SINDACO REVISORE
ART 05	<input type="checkbox"/>	SOCIO SOSTENITORE

E S E M P I O		
ATL		ATLETI
ATL 01	<input checked="" type="checkbox"/>	ATLETA

Data, ____ / ____ / _____

Firma _____
(interessato)

Autorizzo il trattamento dei miei dati secondo la legge sulla privacy Legge 675/96.

Data, ____ / ____ / _____

Firma _____
(obbligatoria)