 ***C.S.A.In.*** ***C***entri ***S***portivi ***A***ziendali ***In***dustriali & *****Sezione Nazionale Ju-Jitsu C.S.A.In. ***

*Segreteria Generale Settore Sport - Viale dell’Astronomia,30 -00194 ROMA -Tel. 06/5903526*

*Delegato Nazionale Ju-Jitsu & Responsabile di Stile “Mizu Ryu” - M° Cosimo Costa Cell.: +393284816083* *costa.cosimo@gmail.com*

 **Comitato Regionale Sicilia *Via del Fasano, 41 – 95123 CATANIA******IN COLLABORAZIONE CON:***  ***S***ezione ***N***azionale ***J***u-***J****i*tsu ***C.S.A.In.***

***MOD. A jj MODULO D’ISCRIZIONE all’Attività Sportiva Settore Ju-Jitsu (tutti gli Stili e Metodi) & Sport Ju-Jitsu (varie specialità)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Attività : 36^ Coppa Natale di Ju-Jitsu – Epifania Cup 2019*** | ***Data: 06/01/19*** | ***Località: S.Agata li Battiati (CT)*** | ***Impianto: Palasport*** |
| ***Via A. di Sangiuliano***  | ***N°*** | ***Orario Pres:***  | ***Orario Inizio:*** | ***Specialità: Criterium G*** |

***INS. TECNICO RESP. SOCIALE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cellulare ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***A.S.D. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) VIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N°\_\_\_ C.A.P.\_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***N°*** | ***COGNOME***  |  ***NOME*** | ***NATO IL*** |  |  |  | ***CODICE FISCALE*** | ***NOTE*** |
| ***1*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***2*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***3*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***4*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***5*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***6*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***7*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***8*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***9*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***10*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***11*** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ***12*** |  |  |  |  |  |  |  |  |

***NB: SEGNARE DAI PIU’ ANZIANI (DI GRADO) Ai PIU’ GIOVANI, INDICANDO TUTTE LE VOCI RICHIESTE NELLA CASELLA CORRISPONDENTE. ( PER PIU’ coppie COMPILARE FOGLI MULTIPLI)-***

***Il Presidente Sociale dichiara che la società è in possesso dell’idonea certificazione medica degli atleti che prenderanno parte all’attività in alto indicata in programma ed esonera espressamente gli organizzatori da qualsiasi responsabilità civile e penale per danni e cose, a terzi o persone causati dagli atleti, dirigenti o tecnici della stessa società prima, durante e dopo la partecipazione alla specifica attività. Il Presidente Sociale, dichiara inoltre che gli atleti sono regolarmente tesserati allo CSAIn e pertanto coperti da assicurazione infortuni. Autorizza inoltre, l’utilizzo dei dati come previsto dalla legge 675/96 e successive modificazioni, nonché la pubblicazione di immagini degli atleti relative alla manifestazione in oggetto, in ambito esclusivamente inerente le attività sportive.***

***LUOGO E DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IL PRESIDENTE SOCIALE TIMBRO E FIRMA PER ESTESO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***AAA: COMPILARE AL PC ESCLUSIVAMENTE STAMPATELLO MAIUSCOLO ED INVIARE IL FILE IN FORMATO WORD VIA EMAIL A:*** ***costa.cosimo@gmail.com*** ***entro il 19/12/18***

***NB1... IL MANCATO O L’ERRATO INSERIMENTO DEL N° DI TESSERA CSAIN O DEL CF COMPORTA IL DISCONOSCIMENTO DA PARTE DELL’ASSICURAZIONE DEI DIRITTI DEL TESSERATO!!!!! QUOTA DI PARTECIPAZIONE € 12,00 PER PARTECIPANTE***