



# I.A.S.A.-ITALIA



## MODULO RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

e – mail \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Porto d'armi : Uso \_\_\_\_\_ nr.: \_\_\_\_\_ ril.il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_  
Specificare indicare data di rilascio

Club di Appartenenza: \_\_\_\_\_ Assic. OPES n. \_\_\_\_\_ Cert. Medico SI - NO

**\*Questo modulo NON sarà elaborato e considerato valido se non completamente compilato e firmato e corredato dalla copia del porto d'armi e del certificato medico sportivo agonistico di idoneità fisica o dalla dichiarazione del Presidente del club di appartenenza che li detiene presso la propria sede.**

### CHIEDE L'ISCRIZIONE AL CAMPIONATO NAZIONALE OPES "ACTION SHOOTING I.A.S.A. \_\_\_\_"

#### DICHIARA

di essere esente da malattie controindicate alla pratica ludico – sportiva sopra richiesta e produce il **certificato medico sportivo agonistico** che allega.

#### DICHIARA

sotto la propria responsabilità, di aver preso visione dei regolamenti **I.A.S.A-ITALIA**, di accettare integralmente ed incondizionatamente la pratica statutaria e le regole annesse, soprattutto in riferimento alle norme di comportamento sportivo del CONI. Si impegna a comunicare entro 3 giorni a mezzo e-mail alla Segreteria I.A.S.A. - ITALIA eventuali provvedimenti di ritiro o sospensione del porto d'armi o titolo equipollente, **che si allega in copia**, emanati dalle competenti Autorità.

#### AUTORIZZA

l'associazione IASA Italia, secondo il regolamento n. 2016/679 Privacy, ad utilizzare mediante gli strumenti consentiti i dati raccolti per gli scopi statutari.

Acconsente che la IASA Italia possa effettuare filmati (audio-video), foto e riprese aeree durante le gare per scopi didattico-sportivi e scopo divulgativo-promozionale della disciplina attraverso i media.

La copia del presente documento di iscrizione è conservata presso la ASD IASA Italia nel rispetto delle normative vigenti (RGPD).

*NOTA: In ragione dell'articolo 13 L.675/96, l'iscritto potrà chiedere la cancellazione del proprio fascicolo.*

#### **PER PRESA VISIONE ED ACCETTAZIONE DI TUTTO QUANTO SOPRA PRECISATO, LIBERAMENTE SOTTOSCRIVO.**

- Quota iscrizione Regular/Senior/Super Senior/M.O.....€. 40,00**
- Quota iscrizione Lady, Junior .....€. 25,00**
- Quota iscrizione Istruttore.....€. 50,00**

*N.B. Il tiratore deve avere già effettuato l'assicurazione con OPES Italia tramite il club di appartenenza.*

**Firma leggibile ed estesa del richiedente:** \_\_\_\_\_

#### MANLEVA DI RESPONSABILITÀ

In relazione all'iscrizione e sottoscrizione in oggetto, lo scrivente dichiara in esteso, di tenere la ASD IASA Italia sollevata ed indenne da ogni responsabilità propria e/o eventuale per eventuali danni provocati dallo scrivente provocato dalla partecipazione ad un evento organizzato o approvato dalla **ASD IASA Italia**, dai suoi responsabili, rappresentanti e/o arbitri.

Data la disciplina, si è consci dei potenziali rischi per l'incolumità di cose o persone, insiti nell'uso e maneggio delle armi da fuoco anche in ambito sportivo e di conseguenza, mi assumo tutte le responsabilità relative a danni di qualsiasi genere, nei confronti di persone o cose, derivanti da tali attività, men che meno se i danni dovessero derivare da imperizia e/o superficialità del maneggio o per non aver rispettato le regole di campo, di gara o un ordinativo dello staff arbitro/giudice.

Lo scrivente esonera quindi la **ASD IASA Italia** da qualsiasi responsabilità indiretta, e sottoscrive liberamente, spontaneamente e volontariamente la **MANLEVA DI RESPONSABILITÀ**.

**Firma leggibile ed estesa del richiedente** \_\_\_\_\_

**Data e luogo** \_\_\_\_\_

*Nota: La presente domanda di iscrizione sarà considerata valida/effettiva a valle dell'approvazione del C.D. I.A.S.A. Italia.*

## DISCLAIMER DEL TIRATORE

Nome Cognome	
Luogo e data di nascita	
Sport/Disciplina	ARMA CORTA/TIRO DINAMICO OPERATIVO
Grado	AGONISTA
Email	
Telefono	
Team/ASD/SSD	
Certificato medico	Rilasciato il
Porto d'armi	Nr. Scad.
Assicurazione	Nr. del
Note	
Data e firma	

Timbro e firma del Presidente del Club

---

Dichiarazione sostitutiva di certificazioni/dell'atto di notorietà  
(Artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/La sottoscritto/a

nato/a a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

e domiciliato/a \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

a conoscenza di quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di falsità in atti e di dichiarazioni mendaci, nonché di quanto prescritto dall'art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, sulla decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere, ai sensi e per gli effetti del citato D.P.R. n. 445/2000 e sotto la propria personale responsabilità:

**D I C H I A R A**

che tutte le informazioni contenute in richiesta di iscrizione e disclaimer sono veritiere.

Letto, confermato e sottoscritto.

Il/La Sottoscritto/a

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Timbro e firma del Presidente del Club

\_\_\_\_\_