

QUOTA DI TESSERAMENTO ANNUALE  
(validità 1 settembre - 31 agosto):

**€20**

da versare a:

A.S.D. Orizzonte Qigong

Via Felice Poggi, 7  
20131 Milano

IBAN: IT53S0103051571000000996523

Causale: Tesseramento + Nome e Cognome



Inviare il modulo a

[info@orizzonteqigong.it](mailto:info@orizzonteqigong.it)





Orizzonte Qigong

Domanda di Iscrizione alla  
ASD ORIZZONTE QIGONG  
Affiliata ACSI  
Sede legale VIA FELICE POGGI, 7 MILANO  
C.F.: 97981120153



Spett.le Asd Orizzonte Qigong, affiliata ACSI

Oggetto: Domanda di iscrizione a TESSERATO

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

Il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ residente \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

cell. (obbligatorio) \_\_\_\_\_

e-mail (obbligatorio) \_\_\_\_\_

CF: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### CHIEDE

**Di essere iscritto/a alla qualifica di TESSERATO della vostra Associazione.**

*Il/La Sottoscritto/a, dichiara di conoscere lo Statuto (orizzonteqigong.it) ed il Regolamento, di accettarli integralmente, si impegna a fare quanto nelle sue possibilità per osservare le deliberazioni degli organi sociali, di conoscere le condizioni delle polizze assicurative presenti sul sito [www.acsi.it](http://www.acsi.it).*

*Dichiara di essere a conoscenza del D. Lgs 196 del 30/6/2003 (Codice della Privacy) per tutela dei dati personali ed ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 13 e Art. 14 del Regolamento UE n° 2016/679 ("GDPR").*

*Dichiara inoltre, ai sensi e per gli effetti dell'Art. 7 e successivi del Regolamento, di dare consenso al trattamento dei propri dati personali, ai fini della promozione ed informazione delle attività dell'associazione di cui alla succitata e separata informativa.*

*Autorizza gli organi statutari dell'Associazione, la Sede Provinciale, Regionale e Nazionale, ad usare i propri dati esclusivamente per promuovere ed informare sulle attività dell'associazione ACSI.*

Il/La sottoscritto/a, richiede la tessera ACSI del SODALIZIO (ASD ORIZZONTE QIGONG)

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

L'attività sportiva svolta dalla suddetta associazione è di tipo non agonistica per cui il tesserato ci consegna un certificato medico di idoneità sportiva.

Chiede la copertura assicurativa base.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_