

RICHIESTA TESSERAMENTO STAFF SANITARIO – ANNO \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

E-Mail \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso  M  F Cittadinanza \_\_\_\_\_ (#)

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (#) Residenza: Stato \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Altri recapiti \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ESSERE TESSERATO**

Per la Società \_\_\_\_\_ (codice società) \_\_\_\_\_

Sita in via/piazza \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

in qualità di:  Medico<sup>(1)(2)</sup>  Fisioterapista/Massaggiatore<sup>(1)</sup>  Preparatore Atletico

<sup>(1)</sup> Per la presente qualifica (Medico – Fisioterapista/Massaggiatore), il richiedente riporterà qui di seguito il numero di iscrizione all'albo professionale della propria categoria: \_\_\_\_\_

<sup>(2)</sup> Per la presente qualifica (Medico), il richiedente riporterà di seguito il proprio numero di tessera della F.M.S.I. (Federazione Medico Sportiva Italiana) \_\_\_\_\_

**ALLEGATI RICHIESTI**

(#) il componente dello Staff Sanitario, cittadino di un Paese membro dell'Unione Europea (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria), allegherà una copia del proprio documento d'identità alla presente domanda;  
il componente dello Staff Sanitario, cittadino di un Paese extra Unione Europea, allegherà copia del proprio passaporto e del proprio permesso di soggiorno alla presente domanda.

Firma del richiedente

Luogo e data

\_\_\_\_\_

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

**CON LA PRESENTE, IL RICHIEDENTE DICHIARA**

- di conoscere e di accettare quanto stabilito dallo Statuto Federale e dai Regolamenti vigenti;
- di aver preso visione del Regolamento Organico F.I.B.S.;
- di prendere atto che la F.I.B.S., tramite la Compagnia Assicurativa, provvede alla copertura assicurativa dei tesserati contro i rischi derivanti dalla pratica sportiva, per gli eventi di morte ed invalidità permanente a percentuale di invalidità con franchigia con il premio assicurativo fissato dalla F.I.B.S. con la stessa Compagnia Assicurativa e che compare nella polizza infortuni pubblicata sul sito federale;
- di essere a conoscenza e di acconsentire alla pubblicazione delle proprie immagini, a seguito di eventuali servizi fotografici e/o riprese cinematografiche per fini didattico-formativi e a scopo divulgativo attraverso articoli di stampa;
- che le notizie fornite con il presente modulo corrispondono a verità, consapevole delle conseguenze civili e penali nel caso di dichiarazioni false o fraudolente;
- di aver preso visione dell'Allegato 1 – Informativa Privacy ex. Art. 13 UE 679/2016.

\*\*\*

**PARTE RISERVATA ALLA SOCIETÀ**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ In qualità di Presidente della Società \_\_\_\_\_ (codice società) \_\_\_\_\_

Sita in via/piazza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

**DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CIVILE E PENALE,**

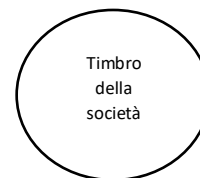
- che tutti i dati riportati sul presente modulo sono veritieri;
- che la firma del richiedente è autentica.

Firma del Presidente della Società

Luogo e data

\_\_\_\_\_

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



RICHIESTA TESSERAMENTO STAFF SANITARIO – ANNO \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_ Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

E-Mail \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sesso  M  F Cittadinanza \_\_\_\_\_ (#)

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ (#) Residenza: Stato \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Altri recapiti \_\_\_\_\_

**CHIEDE DI ESSERE TESSERATO**

Per la Società \_\_\_\_\_ (codice società) \_\_\_\_\_

Sita in via/piazza \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

in qualità di:  Medico<sup>(1)(2)</sup>  Fisioterapista/Massaggiatore<sup>(1)</sup>  Preparatore Atletico

<sup>(1)</sup> Per la presente qualifica (Medico – Fisioterapista/Massaggiatore), il richiedente riporterà qui di seguito il numero di iscrizione all'albo professionale della propria categoria: \_\_\_\_\_

<sup>(2)</sup> Per la presente qualifica (Medico), il richiedente riporterà di seguito il proprio numero di tessera della F.M.S.I. (Federazione Medico Sportiva Italiana) \_\_\_\_\_

**ALLEGATI RICHIESTI**

(#) il componente dello Staff Sanitario, cittadino di un Paese membro dell'Unione Europea (Austria, Belgio, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Italia, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Ungheria), allegherà una copia del proprio documento d'identità alla presente domanda;  
il componente dello Staff Sanitario, cittadino di un Paese extra Unione Europea, allegherà copia del proprio passaporto e del proprio permesso di soggiorno alla presente domanda.

Firma del richiedente

Luogo e data

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

**CON LA PRESENTE, IL RICHIEDENTE DICHIARA**

- di conoscere e di accettare quanto stabilito dallo Statuto Federale e dai Regolamenti vigenti;
- di aver preso visione del Regolamento Organico F.I.B.S.;
- di prendere atto che la F.I.B.S., tramite la Compagnia Assicurativa, provvede alla copertura assicurativa dei tesserati contro i rischi derivanti dalla pratica sportiva, per gli eventi di morte ed invalidità permanente a percentuale di invalidità con franchigia con il premio assicurativo fissato dalla F.I.B.S. con la stessa Compagnia Assicurativa e che compare nella polizza infortuni pubblicata sul sito federale;
- di essere a conoscenza e di acconsentire alla pubblicazione delle proprie immagini, a seguito di eventuali servizi fotografici e/o riprese cinematografiche per fini didattico-formativi e a scopo divulgativo attraverso articoli di stampa;
- che le notizie fornite con il presente modulo corrispondono a verità, consapevole delle conseguenze civili e penali nel caso di dichiarazioni false o fraudolente;
- di aver preso visione dell'Allegato 1 – Informativa Privacy ex. Art. 13 UE 679/2016.

\*\*\*

**PARTE RISERVATA ALLA SOCIETÀ**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ In qualità di Presidente della Società \_\_\_\_\_ (codice società) \_\_\_\_\_

Sita in via/piazza \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Stato \_\_\_\_\_

**DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ CIVILE E PENALE,**

- che tutti i dati riportati sul presente modulo sono veritieri;
- che la firma del richiedente è autentica.

Firma del Presidente della Società

Luogo e data

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

Timbro  
della  
società

Fototessera del  
richiedente

## INFORMATIVA

### ex artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (in seguito “GDPR”)

Gentile Signore/a,

La informiamo che la Federazione Italiana Baseball Softball (di seguito “FIBS”), in qualità di Titolare del trattamento, tratterà per le finalità e le modalità di seguito riportate i dati personali da Lei forniti all’atto della richiesta di tesseramento ovvero acquisiti nello svolgimento del rapporto medesimo.

In particolare, la FIBS tratterà i seguenti dati personali:

- a) Dati anagrafici e identificativi (nome e cognome, data e luogo di nascita, sesso, codice fiscale, residenza, Stato di nascita e nazionalità, contatti telefonici ed e-mail, fototessera, copia documento d’identità; copia certificato di cittadinanza, passaporto, visto, permesso di soggiorno, in caso di cittadini extra UE);
- b) Dati amministrativi (società di appartenenza);
- c) Dati relativi alle sanzioni disciplinari (provvedimenti irrogati dagli Organi di Giustizia FIBS e da NADO Italia – CONI);
- d) Foto e riprese video nell’ambito delle manifestazioni sportive o eventi istituzionali della Federazione.

#### **1. Base giuridica e finalità del trattamento.**

**1.1.** Il trattamento dei dati che precedono è fondato sull’instaurazione, esecuzione e attuazione del rapporto di tesseramento ed è finalizzato alla gestione del rapporto medesimo in ottemperanza alla normativa, italiana e mondiale, statale e sportiva in materia, nonché secondo quanto puntualmente disposto nello Statuto, nei Regolamenti e nelle delibere e decisioni assunte dagli Organi federali.

**1.2.** Il trattamento dei dati di cui alla lettera e) è fondato sul legittimo interesse della Federazione ed è finalizzato all’informazione sportiva ed alla promozione dell’immagine e della *mission* della stessa.

#### **2. Modalità del trattamento**

Il trattamento è effettuato a cura del personale FIBS anche con l’ausilio di mezzi elettronici, per mezzo delle operazioni indicate all’art.4 n. 2) del GDPR e precisamente: il trattamento dei dati personali potrà consistere nella raccolta, registrazione, organizzazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

#### **3. Obbligatorietà del conferimento**

Il conferimento dei dati per le finalità di cui ai punti 1.1 e 1.2. è strettamente necessario per il perfezionamento e la gestione del rapporto di tesseramento. Un eventuale rifiuto comporterà l’impossibilità di instaurare o continuare il predetto rapporto associativo.

#### **4. Destinatari dei dati**

La Federazione comunica i Suoi dati personali:

- a) a tutti quei soggetti cui detta comunicazione risulti necessaria per il raggiungimento delle finalità anzidette;
- b) agli Organi federali e alle Organizzazioni territoriali della FIBS, al CONI (Comitato Olimpico Nazionale Italiano), al CIP (Comitato Italiano Paralimpico);
- c) alle imprese assicurative, con le quali la Federazione stipula contratti relativi ai tesserati;
- d) agli istituti bancari per necessità connesse alla gestione del Suo rapporto associativo;



e) ai consulenti della Federazione incaricati dello svolgimento di attività legali e/o fiscali; I Suoi dati potranno altresì essere comunicati, per i compiti di natura tecnica od organizzativa strumentali alla gestione del rapporto di tesseramento, a soggetti nominati appositamente quali Responsabili, la cui lista completa è a disposizione presso la Federazione.

L'Accesso al Gestionale "Tesseramenti FIBS" nel quale sono contenuti i Suoi dati è consentito a ConiNet S.p.A., ai Comitati Regionali (limitatamente ai tesserati della regione di appartenenza), al Presidente COG, al Presidente CNC, al Presidente CNT, al Designatore Nazionale.

L'accesso ai Suoi dati è infine consentito ai dipendenti delle funzioni federali deputate al perseguimento delle finalità sopra indicate, che sono stati espressamente autorizzati al trattamento e che hanno ricevuto adeguate istruzioni operative.

## **5. Trasferimento dei dati all'estero.**

**5.1.** I dati personali sono conservati su *server* ubicati in Italia. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare i *server* anche extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili ed in particolare quelle di cui al Titolo V del GDPR.

**5.2.** Al di fuori delle ipotesi di cui al punto 5.1, i Suoi dati non saranno trasferiti extra UE.

## **6. Periodo di conservazione dei dati**

I Suoi dati saranno conservati per l'integrale durata del rapporto di tesseramento e, successivamente, secondo quanto prescritto dalle leggi in materia e dal tempo strettamente necessario al perseguimento delle finalità sopraindicate e comunque non oltre 10 anni. La verifica sulla obsolescenza sui dati oggetto di trattamento rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti e trattati viene effettuata periodicamente.

## **7. Titolare del trattamento**

Federazione Italiana Baseball Softball

Viale Tiziano, 74 - 00196 Roma

[segreteria@fibs.it](mailto:segreteria@fibs.it)

Tel: 0632297201

## **8. Responsabile della protezione dei dati**

Il *Data Protection Officer* nominato dal Titolare è contattabile all'indirizzo: [dpo@fibs.it](mailto:dpo@fibs.it)

## **9. Diritti dell'interessato**

In qualunque momento potrà conoscere i dati che La riguardano, sapere come sono stati acquisiti, verificare se sono esatti, completi, aggiornati e ben custoditi, chiederne la rettifica o la cancellazione ai sensi degli artt. 16 e 17 GDPR. Avrà inoltre di ricevere i dati personali da Lei forniti e trattati con il Suo consenso, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e di revocare il consenso eventualmente prestato relativamente al trattamento dei dati. Ai sensi dell'art. 21 GDPR avrà il diritto di opporsi in tutto od in parte al trattamento dei dati per motivi connessi alla Sua situazione particolare. Tali diritti possono essere esercitati attraverso specifica istanza – anche, se lo desidera, utilizzando il modello fornito dal Garante per la protezione dei dati personali e scaricabile dal sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it) – da indirizzare tramite raccomandata o posta elettronica al titolare del trattamento. Ha altresì diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali.