



Regolamento Vieste Open Water 5° memorial Rondinone

Atleti accettati: tutti atleti regolarmente iscritti presso un Ente di promozione sportiva o Federazione in regola con l'anno in corso, ISCRITTI DALLA A.S.D. DI RIFERIMENTO, oppure atleti in possesso di certificato medico attività sportiva non agonistica che presenteranno per tempo richiesta tesseramento alla Asd Foggia Nuoto (ALLEGATO 2)

Registrazione ore 8.30 c/o Spiaggia di Marina Piccola – Vieste – 27 Settembre 2026

CATEGORIE:

ESORDIENTI: 6/7 ANNI (2019/2020)	GIOVANISSIMI: 8/9 ANNI (2017/2018)
ALLIEVI: 10/11 ANNI (2015/2016)	RAGAZZI: 12/13 ANNI (2013/2014)
JUNIOR: 14/15 ANNI (2011/2012)	CADETTI: 16/17 ANNI (2009/2010)
SENIOR: 18/19 ANNI (2006/2007)	MASTER 25: DAI 20 AI 25 ANNI
MASTER 30: DAI 26 AI 30	MASTER 35: DAI 31 AI 35
MASTER 40: DAI 36 AI 40	MASTER 45: DAI 41 AI 45
MASTER 50: DAI 46 AI 50	MASTER 55: DAI 51 AI 55
MASTER 60: DAI 56 AI 60 ANNI	OVER : DAI 61 IN SU

Distanze gara in mare aperto nella baia di Marina Piccola su percorso segnalato da Boe (una gara per atleta)

200 m : dai 6 ai 17 anni (FINO AI CADETT)

800 m : dai 14 ai 30 anni (DA JUNIOR A MASTER 30)

1.600 m : dai 14 anni in su (DA JUNIOR A OVER)

Iscrizioni da completarsi entro il 15 settembre previo invio modulo iscrizione (in foglio EXCEL) allegato alla dichiarazione presidente ASD (Allegato 1) o al modulo richiesta tesseramento Foggia Nuoto (Allegato 2)

Pagamento in loco o tramite bonifico : iban : **A.s.d. Foggia Nuoto IT08X0306909606100000062090**

Quota gara: euro 10 per i 200 m – 800 m – Euro 15 per 1.6 km

Inviare iscrizioni a csen.comitato.foggia@gmail.com

Whatsapp: 3497571738

Nota: E' consentito uso della muta e della boa segnaletica personale



Allegato 1: SE ISCRIZIONE TRAMITE A.S.D.

L sottoscritto _____ CF _____

In qualità di presidente della _____ CF/piva _____

Dichiaro che gli atleti iscritti al 5 memorial Enzo Rondinone Vieste Open Water 2026 prevista per il 27 Settembre 2026 c/p Marina Piccola di Vieste (FG) sono regolarmente tesserati presso la suddetta associazione e dunque in possesso di idonea certificazione medica.

Luogo Data

Firma



MODULO DI RICHIESTA ISCRIZIONE SOCIO E SOCIO MINORENNE

Associazione Sportiva Dilettantistica A.S.D FOGGIA NUOTO

Il Sottoscritto _____ nato a _____ ()
il _____ e residente in via _____

città _____ ()

Cellulare _____ email _____

CHIEDO DI ACCETTARE LA MIA RICHIESTA DI TESSERATO

CHIEDO IN QUALITA' DI GENITORE DI ISCRIVERE, IN QUALITA' DI TESSERATO

Nome _____ Cognome _____
nato a _____ () il _____ Codice fiscale _____
residente in via _____ città _____ ()

DICHIARO:

1- di conoscere ed accettare quanto stabilito dallo Statuto; 2-di impegnarmi a versare la quota associativa. 3-di essere a conoscenza che la quota associativa annuale rappresenta il contributo alle attività sociali e, pertanto, non è trasferibile e non viene rimborsata in caso di dimissioni; di essere in possesso dell'idoneità psicofisica ed esente da malattie controindicate alla pratica ludico-sportiva svolta durante le attività previste dallo Statuto della A.S.D. e di impegnarmi a consegnarne copia all'associazione; 4-di essere stato informato che con la presente si diventa socio di un'Associazione sportiva non a scopo di lucro, con modalità "tessera base" come da documentazione assicurativa presente su sito dell'ente. 5- di essere a conoscenza che i soci che non si dimostrino rispettosi nei confronti della A.S.D. verranno allontanati o penalizzati secondo lo Statuto in vigore.

-Autorizzo il trattamento dei dati personale per le sole finalità dell'associazione. I miei dati, pertanto, non potranno essere forniti senza il mio consenso, a soggetti estranei all'Associazione, per finalità diverse da quelle associative. Sono informato che il titolare dei dati è l'associazione sportiva dilettantistica che è responsabile del trattamento. In ottemperanza della normativa prevista dal decreto legislativo del 30 giugno 2003 n.196, il trattamento dei dati sarà inoltre rispettoso dei limiti stabiliti dal Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari predisposto con D.M. n.305 del 7.12.2006 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.11 del 15.1.2007 e del GPFT 679/2016 e che quindi posso chiedere aggiornamenti, rettifiche, integrazioni e cancellazione dei dati che mi riguardano.

Allego alla presente CERTIFICATO MEDICO DI ATTIVITA' NON AGONISTICA in corso di validità

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto su indicato

dichiara di: 1- aver letto la presente informativa in merito al trattamento dei propri dati personali; 2- autorizzare il trattamento dei dati personali nella modalità indicata dalla presente informativa e in base al D.lgs. 196/2003 e successive modifiche

_____ , li ____ / ____ / ____

Firma: _____

PARTE RISERVATA ALLA A.S.D.

N.B. Il presente modulo, per la sua validità, dovrà essere consegnato al Presidente o al Segretario, in alternativa ad un membro del Consiglio Direttivo, di persona, via mail o tramite altro mezzo che assicuri l'avvenuta ricezione.

Data accoglimento domanda ____ / ____ / ____

Per autorizzazione Iscrizione A.S.D. _____

(Firma del Presidente o un membro del Direttivo)