

**Richiesta di tesseramento all'Associazione
NUVOLE E MAGIA**
Centro Formazione Studi delle Arti dello Spettacolo

Numero Tessera Sociale..... Anno sociale _____ N° progressivo.....
(da compilare a cura della Segreteria) *(da compilare a cura della Segreteria)*

Rinnovo iscrizione Nuova iscrizione

Il/La sottoscritto/a (cognome).....
(nome).....
codice fiscale.....
nato/aa..... provincia (.....) il.....
residente in (indirizzo).....
(città).....
CAP..... provincia (.....)
telefono..... cellulare.....
e-mail

**CHIEDE il tesseramento all'Associazione APS "NUVOLE E MAGIA" per l'anno
con la qualifica di Socio Ordinario versando la quota di tesseramento pari a € 55,00
(cinquantacinque/00) Tramite Bonifico Bancario intestato a:**

Aps Nuvole e Magia - Centro Formazione e Studi delle Arti dello Spettacolo

IBAN IT03J0315801600CC1010322686 CAUSALE: Contributo Tesseramento APS

Il Tesseramento ha validità dalla sottoscrizione della presente richiesta e fino al 31 Dicembre successivo. L'Associazione si riserva la facoltà di respingere la richiesta di tesseramento, rendendone nota la motivazione, come previsto dallo Statuto Sociale. L'Associazione non si assume alcuna responsabilità per furti o danni a cose o oggetti dei Soci, che possano accadere durante lo svolgimento delle attività sociali. I Soci che senza giustificato motivo consentano l'ingresso nei locali dell'Associazione a terzi estranei, rispondono di ogni eventuale danno, sia diretto che indiretto, arrecato al patrimonio ed ai beni della Stessa, dei danni verso Soci e Terzi, oltre agli eventuali danni o lesioni che tali estranei possano arrecare a loro stessi.

CON LA SOTTOSCRIZIONE DELLA PRESENTE DOMANDA IL SOCIO DICHIARA
di conoscere ed accettare lo statuto e i regolamenti dell'Associazione

E SI IMPEGNA

1. a rispettare le norme previste dallo statuto sociale, dal codice civile e le deliberazioni degli organi sociali.
2. a versare le quote sociali annualmente fissate dall'Associazione.

Roma, / /

.....
Firma del Richiedente
(per i minori firma di chi esercita la potestà)

Il/La richiedente **autorizza la riproduzione della propria immagine, in fotografie e video, per i soli scopi promozionali e divulgativi delle attività statutarie dell'Associazione**

Roma, / /

.....
Firma del Richiedente
(per i minori firma di chi esercita la potestà)

Vista la domanda presentata dal Richiedente tendente ad ottenere l'ammissione a socio dell'Associazione, si accetta la richiesta.

Roma, / /

Il Legale Rappresentante

LIBERATORIA PER L'UTILIZZO DI IMMAGINI, AUDIO E VIDEO

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov _____ il ___/___/___

residente in Via _____ Città _____ Prov. _____

C.F. _____ Tel _____ Email: _____

AUTORIZZO

1° l'APS "NUVOLE E MAGIA - Centro Formazione Studi delle Arti dello Spettacolo" nonché, I suoi partner, collaboratori, emittenti televisive, social media e canali ufficiali di comunicazione, a effettuare riprese video, registrazioni audio e scatti fotografici durante la mia partecipazione alle attività dell'Associazione.

2° Autorizzo inoltre, a titolo gratuito e senza limiti di tempo, l'utilizzo, la pubblicazione, la diffusione e l'archiviazione del materiale audiovisivo e fotografico che mi ritrae e/o riproduce la mia voce e la mia immagine, su qualsiasi supporto (cartaceo, digitale, web, televisivo, ecc.), per finalità promozionali, editoriali, informative e di documentazione, anche ai fini della realizzazione di trailer, spot, repliche, contenuti social o altri utilizzi affini legati all'Associazione.

3° DICHIARO di non avere nulla a pretendere per l'uso delle suddette immagini, video e audio, né, ora né, in futuro, rinunciando fin da ora a ogni forma di compenso, indennizzo o rivalsa. La presente autorizzazione è concessa in forma gratuita, ed è valida in tutto il mondo e a tempo illimitato.

AUTORIZZAZIONE PER LA PARTECIPAZIONE DI MINORI (Validi per i punti qui sopra descritti)

Il/La sottoscritto/a _____

(Nome e Cognome del genitore/tutore)

nato/a a _____ il ___/___/___, residente in _____

in qualità di genitore/tutore legale del minore:

(Nome e Cognome del minore) _____ nato/a a _____ il ___/___/___

Dichiara inoltre di essere consapevole che le immagini potranno essere utilizzate anche in futuro per promozioni, repliche e archiviazione da parte dell'Associazione.

Data: _____ Firma del genitore/tutore: _____ Firma leggibile

Ai sensi e per gli effetti del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), dichiaro di essere stato/a informato/a che i dati personali raccolti saranno trattati esclusivamente per le finalità connesse alla realizzazione e promozione delle attività dell'Associazione, nel rispetto della normativa vigente.

Data: ___/___/___ Firma leggibile: _____