



DOMANDA DI AFFILIAZIONE

Versione 1.2

anno

prima affiliazione

rinnovo

cod. ACSI

Durata tesseramento standard (scad. 31/12)

Durata tesseramento 365 giorni

Il sottoscritto, in qualità di legale rappresentante del sodalizio di seguito indicato, presenta domanda di affiliazione ad ACSI - Associazione di Cultura, Sport e Tempo Libero APS, dichiarando per l'ente di essere a conoscenza dei diritti e doveri statutari e regolamentari e di conformarsi ad essi.

Dichiara, altresì, che tutti i dati riportati corrispondono al vero e che tutta la documentazione presentata è conforme alle norme di legge, nonché allo Statuto ed ai Regolamenti ACSI.

INFORMAZIONI GENERALI DEL RICHIEDENTE

Denominazione

Codice Fiscale

Partita Iva (ove presente)

Natura giuridica

- Associazione senza personalità giuridica
 Associazione con personalità giuridica
 Fondazione

- Società a responsabilità limitata
 Società cooperativa
 Altro tipo di società

Tipologia

- Associazione Sportiva Dilettantistica (ASD)
 Società Sportiva Dilettantistica (SSD)
 Base Associativa Sportiva (BAS)
 Altra associazione, circolo o ente senza scopo di lucro (specificare)

- Associazione di Promozione Sociale (APS)
 Associazione Sportiva Dilettantistica e di Promozione Sociale (ASD-APS)
 Organizzazione di Volontariato (ODV)

Sede legale

Indirizzo

Comune

Prov.

CAP

Recapiti

email

Telefono

Somministrazione di alimenti e bevande

Sì No

Discipline / attività praticate

ATTO COSTITUTIVO E STATUTO

Data di costituzione

Scrittura privata

Atto pubblico

Atto costitutivo

Data di registrazione

Estremi di registrazione

Statuto vigente

Data di registrazione

Estremi di registrazione

anno prima affiliazione rinnovo cod. ACSI

ORGANO DIRETTIVO

Legale Rappresentante

<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nome		Cognome		Codice Fiscale	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Data di nascita	Luogo di nascita	Residente in Via/Piazza		Comune	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Prov.	CAP	email	Telefono		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Tipo Documento		Numero	Qualifica		

Altri componenti

<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome		Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome		Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome		Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome		Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome		Codice Fiscale	Qualifica

Alla presente domanda di affiliazione si allegano in copia:

- atto costitutivo
- statuto registrato
- certificato di attribuzione del codice fiscale (unitamente alla visura camerale per le SSD)
- documento di identità del legale rappresentante
- eventuali verbali di ultima variazione statutaria o ultimo rinnovo cariche sociali

Con la sottoscrizione della presente domanda, il Sodalizio, dichiara di aver ricevuto, letto e compreso l'atto di nomina a responsabile del trattamento ivi allegato e di accettarne integralmente e senza riserve, le disposizioni ivi contenute.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Firma Legale Rappresentante dell'ente richiedente	Data	Il Comitato Affiliante

anno

 prima affiliazione

 rinnovo

 cod. ACSI

ISCRIZIONE AI REGISTRI PUBBLICI

Se l'ente risulta iscritto al Registro Nazionale delle Attività Sportive Dilettantistiche (**RASD**) e/o al Registro Nazionale del Terzo Settore (**RUNTS**), o è in attesa di esserlo, al fine di conseguire le qualifiche che ne derivano, **deve compilare una o entrambe le sezioni sottostanti.**

ISCRIZIONE RASD - ENTI SPORTIVI DILETTANTISTICI

*Gli statuti degli enti del terzo settore che intendono essere iscritti al RASD devono prevedere fra le attività di interesse generale la lettera t) attività sportive dilettantistiche.

Con la sottoscrizione della presente sezione si richiede l'iscrizione (o il rinnovo) al Registro Nazionale delle Attività Sportive Dilettantistiche ed il Legale Rappresentante dichiara che è propria la responsabilità ad ottemperare agli obblighi previsti dalle norme vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive, richiedere ai tesserati per proprio tramite la relativa certificazione medica di idoneità e conservarla come stabilito dai Decreti del Ministero della Sanità rispettivamente del 18/02/1982 recante "Norme per la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica", e del 28/02/1983 recante "Norme per la tutela dell'attività sportiva non agonistica".

Discipline sportive riconosciute da CONI e/o CIP e/o Dipartimento per lo Sport, previste dallo statuto (Regolamento RASD)

L'ente svolge attività sportiva paralimpica e/o integrata

Sì

No

L'ente è dotato di un impianto sportivo (in caso di più impianti indicare il principale)

Sì

No

Denominazione

Indirizzo

Comune

Prov.

CAP

Firma Legale Rappresentante dell'ente richiedente

Data

Il Comitato Affiliante

ISCRIZIONE RUNTS - ENTI DEL TERZO SETTORE

Attività di interesse generale (art. 5 D.lgs. 117/2017) previste dallo statuto

*Indicare una o più attività. Attenzione: non è possibile indicare tutte le lettere

a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m
n	o	p	q	r	s	t	u	v	w	x	y	z

Sezione del RUNTS

Associazioni di Promozione Sociale (APS)

Società di mutuo soccorso

Organizzazioni di Volontariato (ODV)

Imprese sociali (incluse le cooperative sociali)

Enti filantropici (es. Fondazioni)

Altri enti del terzo settore (ETS generico)

N. Volontari ex D.lgs. 117/2017*

N. Volontari ex D.lgs. 117/2017 provenienti da altri enti

N. lavoratori dipendenti e/o parasubordinati

*il numero dei volontari non può essere pari a 0

L'ente è iscritto al Registro Unico Nazionale del Terzo Settore (RUNTS) n. di repertorio

L'ente richiede di presentare domanda di iscrizione al RUNTS tramite ACSI nella sezione indicata

Restano per legge esclusi dalla possibilità di usufruire di questo servizio le imprese sociali e gli altri enti aventi personalità giuridica

Ai fini della presentazione della domanda di iscrizione al RUNTS, si allega alla presente, oltre alla documentazione necessaria per l'affiliazione, il modello di delega ad ACSI e gli ultimi 2 bilanci consuntivi con relativi provvedimenti di approvazione dell'organo competente.

Firma Legale Rappresentante dell'ente richiedente

Data

Il Comitato Affiliante


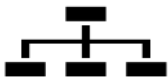


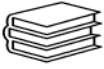

anno
 prima affiliazione
 rinnovo - cod. ACSI





ORGANO DIRETTIVO

Altri componenti

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Qualifica
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nome e Cognome	Codice Fiscale	Qualifica

ATTO DI NOMINA A RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO
in applicazione dell'art.28 del Regolamento Europeo 679/2016 (in seguito "GDPR")

<p><i>Premesso che</i></p> 	<p>a ACSI riveste la qualifica di Titolare del trattamento dei dati personali dei propri tesserati, descritti nell'allegato sub.1 del presente atto</p> <p>b il rapporto di affiliazione intercorrente tra ACSI e il Sodalizio – giusta domanda di affiliazione di cui l'intestato atto deve considerarsi parte integrante e sostanziale - prevede il trattamento, per conto del Titolare, degli indicati dati, ai fini della gestione delle operazioni connesse all'attività di tesseramento anche tramite l'utilizzo delle piattaforme informatiche a ciò dedicate;</p> <p>c il Sodalizio, con la sottoscrizione della domanda di affiliazione, dichiara di possedere garanzie sufficienti, in particolare in termini di esperienza, risorse, capacità ed affidabilità, per mettere in atto misure tecniche ed organizzative necessarie affinché il trattamento dei dati personali dei tesserati ACSI avvenga nel rispetto della tutela dei diritti dell'interessato in conformità al GDPR, e di accettare integralmente le disposizioni che seguono.</p>
TUTTO QUANTO SOPRA PREMESSO, ACSI	
<p>NOMINA</p> 	<p>il Sodalizio quale Responsabile del trattamento dei dati, effettuato con strumenti elettronici o comunque automatizzati o con strumenti diversi, per quanto necessario alla corretta esecuzione del rapporto indicato in premessa.</p>
<p>DOVERI DEL RESPONSABILE</p> 	<p>in qualità di Responsabile, il Sodalizio ha il dovere di compiere tutto quanto necessario per il rispetto delle vigenti disposizioni in materia di trattamento dei dati personali e in particolare:</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p><i>Informativa</i></p> 	<p>rendere agli interessati, all'atto del tesseramento e ad ogni suo rinnovo, prima di procedere all'inserimento dei dati nelle indicate piattaforme, l'informativa sul trattamento dei dati personali ex art. 13 e 14, raccogliendo, ove previsto, il consenso eventualmente prestato dandone evidenza/conferma sulle richiamate piattaforme, nonché conservare, con misure di sicurezza adeguate, e rendere disponibile ad ACSI, ove richiesto, la richiamata documentazione;</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p><i>Osservare le istruzioni</i></p> 	<p>trattare i dati personali dei tesserati secondo le istruzioni impartite dal Titolare del trattamento nel rispetto dei principi previsti dal GDPR e solo per i fini relativi all'affiliazione, come indicati nell'informativa rilasciata agli interessati, restando inteso che ogni e diverso trattamento posto in essere dal Sodalizio sarà effettuato dallo stesso in qualità di autonomo Titolare del trattamento.</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/></p> <p><i>Autorizzati al trattamento</i></p> 	<p>individuare, nell'ambito della propria struttura, le persone fisiche autorizzate al trattamento facendosi carico di impartire a queste ultime adeguate istruzioni scritte circa le modalità del trattamento, vincolando le medesime alla riservatezza o ad un adeguato obbligo legale di riservatezza, nonché all'osservanza del divieto di comunicazione e/o diffusione a terzi dei dati personali raccolti e trattati nell'ambito delle operazioni di tesseramento, anche per il periodo successivo all'estinzione del rapporto di collaborazione intrattenuto.</p>

<input checked="" type="checkbox"/> <i>Sicurezza del trattamento</i> 	<p>garantire, nell'ambito della propria organizzazione, la corretta applicazione di adeguate misure tecniche e organizzative ai sensi dell'art. 32 Regolamento Europeo 679/2016 nonché che le strumentazioni informatiche e/o gli eventuali archivi cartacei, ove risiedono i dati personali trattati per conto del Titolare, siano dotati di idonee misure di sicurezza a protezione dei dati personali;</p>
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Violazione dei dati personali</i> 	<p>comunicare al Titolare presidenza@acsi.it ogni violazione dei dati personali che riguardi o afferisca i trattamenti oggetto del contratto (utilizzando a tal fine il modello <i>allegato sub 2</i>) per iscritto e tempestivamente e comunque non oltre le 12 ore dal momento in cui ne è venuto a conoscenza.</p> <p>Il Sodalizio deve assistere e collaborare con il Titolare al fine di attuare gli adempimenti richiesti dal Regolamento UE in caso di procedura di <i>data breach</i> che prevede l'eventuale notificazione della violazione dei dati al Garante entro 72 ore dall'avvenuta conoscenza nonché laddove la violazione presenti un rischio elevato per i diritti e le libertà degli interessati la comunicazione ai medesimi.</p> <p>Il sodalizio si obbliga ad assistere il titolare nel corso dell'attività istruttoria relativa alla violazione subita collaborando con la stessa al fine di mitigare ed eliminare le conseguenze che siano derivate dalla violazione.</p>
<input checked="" type="checkbox"/> <i>Diritti degli Interessati</i> 	<p>fornire tempestiva comunicazione scritta al Titolare del trattamento allegando copia della richiesta nel caso di ricezione di istanze da parte gli interessati per l'esercizio dei diritti riconosciuti dalla normativa applicabile in materia di protezione dei dati personali. Inoltre, tenendo conto della natura del trattamento, assistere il Titolare con misure tecniche e organizzative adeguate al fine di soddisfare l'obbligo del medesimo di dare seguito alle richieste per l'esercizio dei diritti degli interessati.</p>
<p>TERMINE DEL RAPPORTO</p> 	<p>la presente nomina è condizionata, per oggetto e durata, del rapporto di affiliazione con ACSI, e si intenderà revocata di diritto alla cessazione dello stesso.</p>

ALL. 1**SOGGETTI INTERESSATI E TIPOLOGIE DI DATI PERSONALI**

Soggetti Interessati	Tesserati
Natura e categorie di dati	Dati personali, anche di contatto e particolari (es. stato generale di salute e relativa idoneità o meno allo svolgimento di determinate attività ricavabile dalla certificazione medica eventualmente prodotta; informazioni attestanti eventuali disabilità, etc)

<i>ALL.2</i> MODELLO DI COMUNICAZIONE DEL DATA BREACH DAL RESPONSABILE AL TITOLARE TRATTAMENTO	
Sodalizio	[specificare la ragione sociale, sede, contatti]
DPO/RPD	[indicare il nome e i dati di contatto del responsabile della protezione dei dati o di altro punto di contatto presso cui ottenere più informazioni]
Data incidente	<input type="checkbox"/> Il ___/___/___ <input type="checkbox"/> Tra il ___/___/___ e il ___/___/___ <input type="checkbox"/> In un tempo non ancora determinato <input type="checkbox"/> È possibile che sia ancora in corso
Luogo incidente	(Specificare se sia avvenuta a seguito di smarrimento di dispositivi o di supporti portatili)
Classificazione incidente	<input type="checkbox"/> violazione della riservatezza; <input type="checkbox"/> violazione dell'integrità; <input type="checkbox"/> violazione della disponibilità;
Descrizione incidente	
Categoria dei dati personali compromessi	<input type="checkbox"/> Dati anagrafici/codice fiscale
	<input type="checkbox"/> Dati di accesso e di identificazione (user name, password, customer ID, altro)
	<input type="checkbox"/> Dati relativi a minori
	<input type="checkbox"/> Dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale
	<input type="checkbox"/> Dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale
	<input type="checkbox"/> Dati giudiziari
	<input type="checkbox"/> Copia per immagine su supporto informatico di documenti analogici
	<input type="checkbox"/> Altro:
Categorie e numero approssimativo degli interessati coinvolti nella violazione	Specificare, ove possibile, l'elenco delle persone coinvolte dalla violazione dei dati personali, incluse le loro informazioni di contatto; la facilità di identificazione degli interessati coinvolti; la gravità delle conseguenze per gli interessati coinvolti;
Descrizione delle probabili conseguenze del data breach	Specificare, ove possibile, le conseguenze per il Titolare derivanti dalla violazione dei dati personali subita dal Responsabile del trattamento e/o dal Sub-Responsabile del trattamento;
Descrizione delle azioni già attuate o di cui si propone l'adozione per porre rimedio o attenuare gli effetti del data breach	Specificare, ove possibile, le misure adottate o da adottare per affrontare la violazione dei dati Personali, per attenuare gli effetti e ridurre al minimo i danni derivanti dalla violazione medesima.