|  |  |
| --- | --- |
| **C. R. A. L.**  **del GRUPPO BANCARIO MONTE DEI PASCHI DI SIENA**  SIENA, Via dei Termini, 31 - Tel. 0577 / 552289  [www.cralmontepaschi.it](http://www.cralmontepaschi.it/) |  |

1. **Circolare n. 127/2024 – SEZIONE BASKET** Siena, 1° Ottobre 2024

**A TUTTI I SOCI**

**PALESTRA PER IL BASKET 2024-2025**

Si comunica che questo CRAL propone ai propri Soci la possibilità di svolgere attività di basket in modo ricorrente ed in ambiente adeguato.

A tale scopo sarà a disposizione del CRAL la palestra maschile dell’Istituto “Tito Sarrocchi” in Via C. Pisacane il **LUNEDI’ dalle ore 19,30 alle ore 21,00, a partire dal 14 Ottobre 2024 fino alla fine di Maggio 2025.**

La quota individuale di partecipazione alle spese per l’utilizzo della struttura nel periodo suddetto è fissata in **€ 50,00**.

**L’accesso alle attività di palestra è condizionato dall’invio del certificato medico di idoneità alla pratica sportiva.**

Le **adesioni** devono essere effettuate compilando **il** **modulo di adesione riportato in calce** alla presente, da **recapitare al nominativo sotto indicato, unitamente ad una copia del certificato medico di idoneità alla pratica sportiva per l’anno 2025, entro l’11 ottobre 2024,** in uno dei seguenti modi**:**

* Salvare sul pc la circolare, compilare quindi direttamente da tastiera i campi richiesti e ritornare il tutto in allegato in **formato word (preferibile)** o pdf all’email indicata in fondo al modulo stesso.
* Stampare la circolare, compilare a mano il modulo di adesione, scannerizzarlo e ritornarlo in allegato all’email indicata in fondo al modulo stesso.
* Stampare la circolare, compilare a mano il modulo di adesione (compresa firma) e ritornare quindi il cartaceo tramite posta interna o ordinaria all’indirizzo del nominativo indicato in fondo al modulo stesso. Tale modulo deve essere recapitato in segreteria entro la data di scadenza sotto riportatata.

Per informazioni è possibile contattare:

DAVIDE BORGHI (tel. 0577 537210 - email [davide.borghi@mpscapitalservice.it](mailto:davide.borghi@mpscapitalservice.it) )

Le adesioni dovranno invece pervenire **entro il giorno 11 OTTOBRE 2024**, salvo anticipato esaurimento dei posti, a:

**FEDERICA FIORINI** c/o CRAL MONTEPASCHI [federica@cralmontepaschi.it](mailto:federica@cralmontepaschi.it) Cell. 349 5262800

L’iniziativa si terrà solo se verrà raggiunto un numero sufficiente di partecipanti.

Cordiali saluti.

#### IL PRESIDENTE



----------------------------------------------------------------- (*MODULO DI ADESIONE) -*----------------------------------------------------------------

**Circolare n. 127/2024 - SEZIONE BASKET: PALESTRA 2024-2025**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Io sottoscritto |  | Socio del CRAL – Cod.Fiscale |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| email |  | Tel.cell. |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Ο | in servizio presso |  | Tel. ufficio |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ο | in quiescienza. | Tel. abitazione |  |

**PRENOTO** la partecipazione per le seguenti persone (indicare anche il nome del Socio, se partecipante):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AUTORIZZO** la BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA S.p.A. ad addebitare sul proprio c/c n° |  | presso la |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Filiale di |  | Cod. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| IBAN |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| l’importo complessivo di **€** |  | da riconoscere al CRAL del Gruppo Bancario Monte dei Paschi di Siena mediante |

# l'accredito sul c/c n. 33381.83 presso la Filiale di Siena, quale quota di partecipazione per l’iniziativa di cui sopra.

**Con il presente si esonera il CRAL da ogni responsabilità per qualsiasi fatto e conseguenza derivante dallo svolgimento dell’attività in oggetto e si dichiara che il nominativo iscritto è in possesso di certificato medico abilitante all’attività sportiva non agonistica, valido per tutto il periodo di durata dell’attività stessa.**

Prendo inoltre atto che, ai sensi del "GDPR - Regolamento UE 2016/679" i "dati personali" richiesti nel presente modulo saranno trattati da parte del Cral dei Dipendenti del Gruppo Bancario Montepaschi - Siena secondo le modalità e per le finalità descritte nell' "Informativa per il trattamento dei dati personali" reperibile sul sito del Cral (www.cralmontepaschi.it) di cui confermo di aver preso visione.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| data |  |  | Nome / Firma (solo per invio cartaceo) |  |

MODULO DA RITORNARE COMPILATO O SCANNERIZZATO PER EMAIL O, IN ALTERNATIVA, DA INVIARE IN BUSTA A:

**FEDERICA FIORINI**

**CRAL MONTEPASCHI**

Via dei Termini 31 - 53100 SIENA

Tel. 3495262800

[**federica@cralmontepaschi.it**](mailto:federica@cralmontepaschi.it)