Σ.Π.Σ. ΠΕΛΛΑΣ
ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΣΚΟΠΟΒΟΛΗΣ Ν. ΠΕΛΛΑΣ

Εγγραφή νέου μέλους

Τα έντυπα και τα δικαιολογητικά σε έναν φάκελο

Συμπληρώστε ευανάγνωστα τα έντυπα και παραδώστε τα δικαιολογητικά μαζί στη γραμματεία του σωματείου.

☐ Αίτηση εγγραφής στο σωματείο

Στοιχεία μέλους, αίτημα εγγραφής, ημερομηνία και υπογραφή.

☐ Δήλωση εγγραφής αθλητή στη ΣΚΟΕ

Συμπληρώνονται όλα τα προβλεπόμενα στοιχεία. Για ανήλικο, και η συγκατάθεση κηδεμόνα.

☐ Δύο υπεύθυνες δηλώσεις του Ν. 1599/1986

Δηλώνετε ότι δεν είστε φυγόποινος ή φυγόδικος, δεν εμπίπτετε στις απαγορεύσεις του άρθρου 18 του Ν. 2168/1993 και του Ν. 2725/1999 και δεν εκκρεμεί σε βάρος σας ποινική υπόθεση του άρθρου 18. Επίσης, ότι δεν είστε εγγεγραμμένος/η σε άλλο σκοπευτικό σωματείο του εσωτερικού ή του εξωτερικού.

☐ Δελτίο υγείας αθλητή

Υπογράφεται και σφραγίζεται από καρδιολόγο ή ιατρό άλλης ειδικότητας με πιστοποίηση από το Εθνικό Κέντρο Αθλητικών Ερευνών (ΕΚΑΕ). Στη δεύτερη περίπτωση αναγράφεται και ο ατομικός αριθμός πιστοποίησης. Ο ιατρός σφραγίζει στο πλαίσιο κάτω δεξιά και στη φωτογραφία.

☐ Αντίγραφο ταυτότητας

Ή άλλο πιστοποιητικό ταυτοπροσωπίας, όπως αναφέρει το έντυπο ΣΚΟΕ.

ΠΈΝΤΕ (5) ΦΩΤΟΓΡΑΦΊΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΣΩΜΑΤΕΊΟ

Υποβάλλονται πέντε (5) πρόσφατες έγχρωμες φωτογραφίες διαστάσεων 3,5 × 4,5 εκ. Το σωματείο αναλαμβάνει την αποστολή στη ΣΚΟΕ όσων χρειάζονται.

ΉΔΗ ΕΓΓΕΓΡΑΜΜΈΝΟΣ ΣΕ ΆΛΛΟ ΣΩΜΑΤΕΊΟ;

Ενημερώστε τη γραμματεία πριν συμπληρώσετε δήλωση ότι δεν είστε μέλος άλλου σωματείου. Θα σας καθοδηγήσει για τη διαδικασία μεταγραφής και τα δικαιολογητικά που αφορούν τη δική σας περίπτωση.

Ο Ν. 2168/1993 αφορά τα όπλα και ο Ν. 2725/1999 τον αθλητισμό. Για διευκρινίσεις μπορείτε να απευθυνθείτε στο προσωπικό του σωματείου.

Γραμματεία · 694 160 0177

Εκτύπωση: πραγματικό μέγεθος 100%, χωρίς «προσαρμογή στη σελίδα».

ΔΗΛΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ ΑΘΛΗΤΗ ΣΤΗ ΣΚ.Ο.Ε

Προς την Σκοπευτική Ομοσπονδία Ελλάδος (ΣΚ.Ο.Ε)
Χρ. Βουρναζου 14, Τ.Κ 11521 ΑΘΗΝΑ
τηλ.:210 6454522-23 fax:210 6421595

**Συμπληρώνεται από την ΣΚΟΕ*

ΣΩΜΑΤΕΙΟ	ΣΩΜΑΤΕΙΟ ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΣΚΟΠΟΒΟΛΗΣ Ν. ΠΕΛΛΑΣ	*
ΟΜΑΔΑ (ΣΚΟΠΕΥΤΗ)	*	*
ΕΠΩΝΥΜΟ		
ΟΝΟΜΑ		**ΦΥΛΟ**
ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΕΡΑ		(Α)ρρεν (Θ)ήλυ
ΟΝΟΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ		
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ & ΤΟΠΟΣ ΓΕΝΝΗΣΗΣ		
Α Μ Κ Α		
ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ / ΕΘΝΙΚΟΤΗΤΑ		
ΑΡ.Δ.ΤΑΥΤ. Ή ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ		
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ (ΟΔΟΣ-ΑΡΙΘΜΟΣ)		
ΠΕΡΙΟΧΗ -ΤΚ -ΠΟΛΗ		
ΤΗΛΕΦΩΝΟ - ΚΙΝΗΤΟ		
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ - ΓΡΑΜ.ΓΝΩΣΕΙΣ		
Ε - MAIL		
ΑΡΙΘΜΟΣ ΜΗΤΡΩΟΥ	*	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΕΓΓΡΑΦΗΣ	*	

Βεβαιώνω ότι έλαβα γνώση του Καταστατικού και των Κανονισμών της ΣΚΟΕ, τις διατάξεις **των οποίων αποδέχομαι ανεπιφύλακτα.**

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Δηλώνω ότι κατανοώ τα οριζόμενα από το Ευρωπαϊκό Κανονισμό ΕΕ 2016/679 (GDPR) περί διαχείρισης Προσωπικών Δεδομένων και παρέχω ελεύθερα τη συγκατάθεσή μου σύμφωνα με το άρθρο 7 προς τη Σκοπευτική Ομοσπονδία Ελλάδος (ΣΚΟΕ) προκειμένου να διατηρεί και να διαχειρίζεται τα προσωπικά μου δεδομένα για τις ανάγκες της αθλητικής μου δραστηριότητας.

..... Δηλ.....

Υπογραφή

Ημερομηνία Δήλωσης ...../...../.....

Επισυνάπτονται :

1 *.- Υπ, Δήλωση ότι "..δεν είμαι γραμμένος (η) σε άλλο Σωματείο εσωτερικού & εξωτερικού και δεν εμπίπτω στις απαγορευτικές διατάξεις του Ν.2725/99 & τις τροποποιήσεις αυτού.*

2 *.- Μία (1) φωτογραφία Ηλεκτρονική &*

Δύο (2) φωτογραφίες 3χ3 cm

3.- Φωτοαντίγραφο Αστ. Ταυτότητας ή άλλο Πιστοποιητικό Ταυτοπροσωπίας.

ΠΡΟΣΟΧΗ

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΚΗΔΕΜΟΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΟΤΑΝ Ο ΑΘΛΗΤΗΣ ΕΙΝΑΙ ΑΝΗΛΙΚΟΣ

Ονοματεπώνυμο/ Υπογραφή

Ημερομηνία Δήλωσης ..../...../.....

ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ ΔΕΛΤΙΟΥ ΑΘΛΗΤΙΚΗΣ ΙΔΙΟΤΗΤΑΣ (Δ.Α.Ι.)
Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Βεβαιώνεται το γνησιο της υπογραφής όπως και το ιδιόχειρο της σύνταξης της δήλωσης.

Ο/Η ΓΕΝ.ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΕΙΟΥ

Υπογραφή / Σφραγίδα

Ημερομηνία ...../...../.....

ΑΙΤΗΣΗ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ / ΑΙΤΟΥΣΑΣ

Επώνυμο

Όνομα

Ονοματεπώνυμο πατέρα

Ονοματεπώνυμο μητέρας

Ημερομηνία γέννησης | Φύλο

Τόπος γέννησης

Υπηκοότητα / εθνικότητα

Πόλη / τόπος κατοικίας

Οδός | Αριθμός

Περιοχή | Τ.Κ.

Νομός

Αριθμός δελτίου ταυτότητας

Ημερομηνία έκδοσης | Αρχή έκδοσης

Επάγγελμα

Τηλέφωνο οικίας | Κινητό τηλέφωνο

Email

Α.Φ.Μ. | Δ.Ο.Υ.

Α.Μ.Κ.Α.

Σωματείο

Δ.Α.Ι. / αριθμός μητρώου ΣΚΟΕ

ΠΡΟΣ

Αρχή / υπηρεσία / φορέας
Το Διοικητικό Συμβούλιο του
Σωματείου Πρακτικής Σκοποβολής
Ν. Πέλλας

ΘΕΜΑ
Εγγραφή μέλους στο ΣΠΣ Πέλλας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΟ ΑΙΤΗΣΗΣ

Παρακαλώ να εγκρίνετε την αίτησή μου για εγγραφή ως μέλος του σωματείου.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΚΑΙ ΟΠΛΟΥ

Κάτοχος άδειας όπλου:

☐ Ναι ☐ Όχι

Τύπος όπλου

Αριθμός όπλου / S/N

Α.Μ. σωματείου

Συμπληρώνεται από τη γραμματεία.

ΣΥΝΗΜΜΕΝΑ

Πέντε (5) έγχρωμες φωτογραφίες

Αντίγραφο ταυτότητας

Τόπος | Ημερομηνία

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ

Υπογραφή

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ(1):	Σκοπευτική Ομοσπονδία Ελλάδος								
Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:							
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:									
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:									
Ημερομηνία γέννησης(2):									
Τόπος Γέννησης:									
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ:							
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:			
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):		Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):							

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

1. Δεν εμπίπτω στις απαγορευτικές διατάξεις του άρθρου 18 του Ν. 2168/1993, όπως ισχύει.
2. Δεν τυγχάνω φυγόποινος ή φυγόδικος.
3. Δεν εκκρεμεί σε βάρος μου ποινική υπόθεση για παραβάσεις που προβλέπονται από το άρθρο 18 του Ν. 2168/1993, όπως ισχύει.

(4)

Ημερομηνία: **. . / . . /20. . . .**

Ο/Η Δηλών/ούσα

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
(2) Αναγράφεται ολογράφως.
(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8, παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ(1):	Σκοπευτική Ομοσπονδία Ελλάδος (ΣΚΟΕ)							
Ο – Η Όνομα:		Επώνυμο:						
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:								
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:								
Ημερομηνία γέννησης(2):								
Τόπος Γέννησης:								
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ:						
Τόπος Κατοικίας:		Οδός:		Αριθ:		ΤΚ:		
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):		Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (E-mail):						

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Δεν είμαι εγγεγραμμένος/η σε άλλο σκοπευτικό σωματείο του εσωτερικού ή του εξωτερικού και δεν εμπίπτω στις απαγορευτικές διατάξεις του Ν. 2725/1999, όπως ισχύει.

(4)

Ημερομηνία: .... / .... / .....

Ο / Η Δηλών / Δηλούσα

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
(2) Αναγράφεται ολογράφως.
(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

ΣΚΟΠΕΥΤΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΕΛΛΑΔΟΣ
HELLENIC SHOOTING FEDERATION

ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΣΚΟΕ: .....
HSF REGISTRATION NR

Θέση φωτογραφίας
(Σφραγίζεται επίσης
από τον Ιατρό)

ΟΝΟΜΑ: .....
NAME
ΕΠΩΝΥΜΟ: .....
SURNAME
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: .....
FATHER'S NAME
ΗΜ.ΓΕΝΝΗΣΗΣ: .....
DATE OF BIRTH
ΑΜΚΑ: .....
SOCIAL SECURITY NR

Ο/η κάτωθι ιατρός πιστοποιεί ότι ο/η ανωτέρω επιτρέπεται να συμμετάσχει στο παραπάνω άθλημα (προετοιμασία και αγώνες) και έχει υποβληθεί στις προβλεπόμενες ιατρικές εξετάσεις.
The undersigned doctor certifies that the aforementioned may participate in the above sport (preparation and matches) and has been submitted to the foreseen medical examinations.

Ημερομηνία: .....
Date

Ονοματεπώνυμο και σφραγίδα ιατρου (Υποχρεωτικά και επάνω στη φωτογραφία)
Doctor's name and seal
(mandatorily also on the photograph)