



## ISCRIZIONE A.S.D. TESTE DI PIETRA

Cognome: .....

Nome: .....

Data di nascita: .....

Luogo di nascita: .....

Residente a: .....

Cap: .....

Via/piazza: .....

N°: .....

C.F. : .....

Numero cell: .....

Mail: .....

Il socio è a conoscenza che la copertura assicurativa sarà sospesa alla scadenza del certificato medico e riprenderà alla consegna del certificato medico aggiornato e di non poter svolgere gare agonistiche e non agonistiche, allenamenti e partecipare a manifestazioni di ogni genere dopo la scadenza della suddetta certificazione medica

Data: .....

Firma: .....

### **Trattamento dati personali:**

Ricevuta informativa circa l'art. 13 del Codice sulla privacy e preso atto dei diritti di cui agli artt. 7 e segg., esprimo – per quanto occorrere possa ed ai fini previsti dalla legge – il consenso al trattamento dei miei dati personali da parte di ASD Teste Di Pietra per le sue finalità istituzionali, connesse o strumentali, con l'autorizzazione alla loro comunicazione ai terzi facenti parte delle categorie indicatemi, nonché alla loro diffusione entro i limiti stabiliti.

Firma per prestazione del consenso ai sensi del Codice sulla Privacy, per prestazione del consenso trattamento dei dati personali ai sensi del Decreto legislativo 196/2003.

Data: .....

Firma: .....