



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:

Scadenza Certificato Medico:

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 Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e del Decreto legislativo 196/2003

Dichiaro di aver preso visione e di accettare integralmente lo Statuto, il Regolamento interno e i Modelli Organizzativi e di Controllo dell'attività sportiva (Safeguarding) adottati dall'Associazione

Data:

Firma: