



TESSERAMENTO A.S.D. ATLETICA MONTE MARIO RM017

Modulo di iscrizione per l'anno 2019

Nome _____

Cognome _____

Sesso M F

Data di nascita | | | | | | | | (GG/MM/AAAA)

Luogo di nascita _____

Via _____ N. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefono _____ Cellulare _____

Email _____

Nuovo tesseramento Rinnovo tesseramento

Società di provenienza _____ Tessera Fidal _____

Taglia

PRIVACY. Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n° 196 del 30/06/2003, recante il nuovo "Codice in materia di protezione dei dati personali", si informa che i dati da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza. Tali dati verranno trattati per finalità istituzionali, quindi strettamente connesse e strumentali all'attività statutaria. Il trattamento dei dati avverrà mediante utilizzo di supporto telematico o cartaceo idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza. In relazione ai predetti trattamenti, Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. n° 196/2003 (cancellazione, modifica, opposizione al trattamento) rivolgendo le richieste A.S.D. Atletica Monte Mario

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI. Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n° 196 del 30/06/2003, recante il nuovo "Codice in materia di protezione dei dati personali", acconsento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi istituzionali, in particolare: fotografie, video o qualsiasi altra cosa concernente la mia partecipazione all'attività sportiva, senza remunerazione. Autorizzo inoltre A:S:D Atletica Monte Mario a inserire il mio indirizzo di posta elettronica nella newsletter del gruppo sportivo per ricevere le comunicazioni relative alle varie attività della segreteria. Autorizzo a pubblicare la mia foto sul sito del gruppo.

Io sottoscritto/a..... dichiaro di conoscere lo statuto societario e di accettarlo, sottoscriverlo e rispettarlo in tutti i suoi punti, con particolare riguardo alle normative in materia di tutela sanitaria.

Data _____

Firma _____

