



Rappresentante squadra competitiva
competitivi@podisticaospedaliieripisa.it

Coordinatore gruppi (Vice Presidente)
vice-presidente@podisticaospedaliieripisa.it

Segreteria Soci
segreteria.soci@podisticaospedaliieripisa.it

RICHIESTA DI INCLUSIONE NELLA SQUADRA COMPETITIVA

Il sottoscritto/a

Nome

Cognome

Data di nascita

Comune di nascita

Provincia

Indirizzo di residenza e numero civico

Città

Cap

Provincia

Indirizzo di domicilio e numero civico
(se diversi dalla residenza)

Città

Cap

Provincia

Telefono

Cellulare

Numero tessera FIDAL

Indirizzo posta elettronica

Codice Fiscale

regolarmente iscritto all'A.S.D. Podistica Ospedaliieri per l'anno _____
anno di riferimento

chiede

di essere inserito/a nel gruppo dei competitivi per tutta la durata della stagione in corso. Dichiaro a tal fine di:

- essere a conoscenza e di accettare il Regolamento previsto per l'attività di tale gruppo;
- di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003, in particolare dei diritti a me riconosciuti dalla legge ex art. 7, D.lgs. 196/2003, e do il consenso al trattamento e alla comunicazione ai soggetti indicati dei miei dati per le finalità e con le modalità indicate

Luogo e data

firma per esteso in modo chiaro e leggibile