

**STAGIONE AGONISTICA 2008-2009****ELENCO TESSERATI: TECNICI / PERSONALE SANITARIO / DIRIGENTI, PRESENTATO DALL'ASSOCIAZIONE SPORTIVA:**

Denominazione Società	Tel.	Riservato alla FIGS Codice							
------------------------------	-------------	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

Cognome	Nome			Data di nascita	Luogo di nascita			
Via	N°	CAP	Città		Prov.	E-Mail		

Qualifica									
IN RELAZIONE ALL'INFORMATIVA DA VOI FORNITAMI AI SENSI DELL'ARTICOLO 10 DELLA LEGGE N° 675/1996 E CON RIFERIMENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI DA VOI RACCOLTI E DETENUTI IN VIRTU' DEL MIO TESSERAMENTO <input type="checkbox"/> ESPRIMO IL MIO CONSENSO <input type="checkbox"/> NEGO IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI NELL'AMBITO DELLE FINALITA' E MODALITA' IVI INDICATE									
									FIRMA:

Cognome	Nome			Data di nascita	Luogo di nascita			
Via	N°	CAP	Città		Prov.	E-Mail		

Qualifica									
IN RELAZIONE ALL'INFORMATIVA DA VOI FORNITAMI AI SENSI DELL'ARTICOLO 10 DELLA LEGGE N° 675/1996 E CON RIFERIMENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI DA VOI RACCOLTI E DETENUTI IN VIRTU' DEL MIO TESSERAMENTO <input type="checkbox"/> ESPRIMO IL MIO CONSENSO <input type="checkbox"/> NEGO IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI NELL'AMBITO DELLE FINALITA' E MODALITA' IVI INDICATE									
									FIRMA:

Cognome	Nome			Data di nascita	Luogo di nascita			
Via	N°	CAP	Città		Prov.	E-Mail		

Qualifica									
IN RELAZIONE ALL'INFORMATIVA DA VOI FORNITAMI AI SENSI DELL'ARTICOLO 10 DELLA LEGGE N° 675/1996 E CON RIFERIMENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI DA VOI RACCOLTI E DETENUTI IN VIRTU' DEL MIO TESSERAMENTO <input type="checkbox"/> ESPRIMO IL MIO CONSENSO <input type="checkbox"/> NEGO IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI NELL'AMBITO DELLE FINALITA' E MODALITA' IVI INDICATE									
									FIRMA:

Cognome	Nome			Data di nascita	Luogo di nascita			
Via	N°	CAP	Città		Prov.	E-Mail		

Qualifica									
IN RELAZIONE ALL'INFORMATIVA DA VOI FORNITAMI AI SENSI DELL'ARTICOLO 10 DELLA LEGGE N° 675/1996 E CON RIFERIMENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI DA VOI RACCOLTI E DETENUTI IN VIRTU' DEL MIO TESSERAMENTO <input type="checkbox"/> ESPRIMO IL MIO CONSENSO <input type="checkbox"/> NEGO IL MIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI NELL'AMBITO DELLE FINALITA' E MODALITA' IVI INDICATE									
									FIRMA:

Si allega assegno circolare od assegno bancario, relativo al pagamento delle quote di tesseramento dei sopraelencati. Siamo a conoscenza che, l'incompleta compilazione dei dati richiesti e/o il mancato pagamento delle quote, rende nullo il tesseramento.

DATA:

TIMBRO E FIRMA