



Io sottoscritto/a: _____
COGNOME NOME

Nato/a il/...../..... a Prov.....

Residenza
INDIRIZZO CITTA' PROV CAP

Telefono
ABITAZIONE CELLULARE

E-mail

Cod.Fisc.Mis.Abbigl.....

Chiedo di essere tesserato per l'anno 2019 alla A.S.D. MARATHON ROMA CASTELFUSANO:

Consegno certificato medico valido per attività sportiva agonistica in atletica leggera con scadenza/...../.....

Scelgo il seguente tipo di affiliazione e la relativa quota associativa

Validità dei tesseramenti :

FIDAL dall' 1/1/2019 al 31/12/2019 – AICS dal 1 settembre 2018 al 30 novembre 2019

TESSERA FIDAL	TESSERA AICS
€ 45	€ 30

LEGGE SULLA 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 del 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 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", consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi istituzionali, nello specifico. Autorizzo inoltre A.S.D. MARATHON CLUB ROMA a inserire il mio indirizzo di posta elettronica nella newsletter del gruppo sportivo per ricevere le comunicazioni relative alle varie attività della segreteria.

Data Firma