

\_ l\_ sottoscritt\_ ..... nat\_ a .....  
il ..... residente a ..... in via.....  
tel1.....tel.2.....(obbligatorio per urgenze)  
E-mail.....(obbligatorio)  
CODICE FISCALE.....

**CHIEDE**

di poter partecipare al corso di .....  
Versa la quota prescritta pari a € 30,00.\*

Inoltre ,espressamente dichiara:

- che i dati anagrafici sopra trascritti sono esatti e veritieri;
- di aver preso visione del regolamento;
- di impegnarsi a versare le quote così come deliberate dagli Organi Statutari della società "Fortitudo 1875-Schio-Ass.Sportiva Dilettantistica;
- di accettare e approvare lo statuto della Società e le norme statutarie della Federazione Ginnastica Italia.

Il sottoscritto inoltre, lette le informative sulla privacy esposte in bacheca e visibili sul sito - Informativa resa ai sensi degli art. 13-14 del GDPR (GENERAL DATA PROTECTION REGULATION) 2016/679 dà il consenso,con l'attivazione del tesseramento richiesto,al trattamento dei dati personali del tesserato che verranno acquisiti dalla F.G.I., nell'adempimento degli obblighi indicati nell'informativa.

Autorizza,inoltre,la pubblicazione,in forma gratuita,di eventuali immagini sul sito [www.fortitudo1875.it](http://www.fortitudo1875.it) e sui media.

In fede.

Schio,.....

Firma

.....

\* Non soggetto I.V.A. Ris. Min. 384040 – 02/01/81  
Non sogg. Ric. Fiscale Legge 398/91

Vi preghiamo di indicarci se soffrite di particolari patologie. Se sì indicare quali (es. asma, allergie, epilessia, cardiopatie, diabete o altro).\_\_\_\_\_

La Società si impegna a conservare le informazioni al solo scopo di intervenire in maniera corretta nell'eventuale soccorso in attesa del 118.

Firma .....

---

CORSO \_\_\_\_\_ GIORNI \_\_\_\_\_ ORARIO \_\_\_\_\_

CERTIFICATO MEDICO

SCADE IL \_\_\_\_\_