

Allegato D



MODULO PER LA RICHIESTA DI TESSERAMENTO

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Sesso M FCertificato medico: Generico: periodo di validità dal _____ al _____ Specifico: periodo di validità dal _____ al _____ Non consegnato

Codice Fiscale _____

Residenza

Via _____ Comune _____ Prov _____ CAP _____

Domicilio

Via _____ Comune _____ Prov _____ CAP _____

Cittadinanza _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____ @ _____

(per ricevere comunicazioni dalla Federazione)

_____ li _____

Firma _____

Il/Lei sottoscritto/a, letta l'informativa che precede:

 presta il consenso non presta il consenso

al trattamento dei propri dati per le comunicazioni federale a contenuto commerciale di cui all'art. 1.4 dell'informativa resa;

Firma dell'interessato/a