|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |

 |  |  |  |  | **MODULO D** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **A.S. 2016 / 2017** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Società** |
|   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cognome** |  | **Nome** |  | **Data di Nascita** | **Luogo di Nascita** |
|   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Codice Fiscale** |  |  |  |
|  |   |   |   |   |   |   |  |
| **Indirizzo** |  |  |  |  |  |  |  |
| Via |   |
| Città: |   | prov: |   | Cap: |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Recapito Telefonico** |  |  | **Recapito Fax** |  | **Recapito Cell.** |
|   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **email** |  |  |  |  |  |  |  |
|   |
| **Qualifica Dirigente** |  |  |  |  |  |  |  |
| Presidente |   |  |  |  |  |  |  |
| Vice Presidente |   |  |  |  |  |  |  |
| Dirigente Societario |   |  |  |  |  |  |  |
| Medico |   |  |  |  |  |  |  |
| Socio |   |  |  |  |  |  |  |
| \*barrare la casella corrispondente la qualifica in possesso |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Apponendo la mia firma dichiaro di aver letto l'informativa predisposta da FITw ai sensi e per gli effetti del d. ldg. 196/2003;In particolare sono a conoscenza della obbligatorietà del conferimento dei dati e degli effetti del rifiuto ai fini del tesseramento. A tal proposito: |
|
|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| Presto il consenso |   |  |  |  | Nego il consenso |   |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |   |  |   |   |   |
| (data) |  | (firma del Dirigente richiedente)  |  | (firma e timbro del Legale Rappresentante della Società che tessera il Dirigente)  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |  |