



Federazione  
Italiana  
Twirling

## MODULO D

### TESSERAMENTO DIRIGENTI SOCIETARI A.S. 2018/2019

#### SOCIETÀ

--

Cognome

Nome

Data di Nascita

Luogo di Nascita

--	--	--	--

Codice Fiscale

--

#### Indirizzo

Via		
Città:	prov:	Cap:

Recapito Telefonico

Recapito Fax

Recapito Cell.

--	--	--

#### E-mail

--

#### QUALIFICA DIRIGENTE:

Presidente	
Vice Presidente	
Dirigente Societario	
Medico	
Socio	

\*barrare la casella corrispondente la qualifica in possesso

Apponendo la mia firma dichiaro di aver preso visione dell'informativa per il trattamento dei dati ex art. 13 del Regolamento UE 679/2016, la cui versione integrale è reperibile sul sito FITw, che dichiaro di conoscere integralmente. Dichiaro inoltre di aver liberamente fornito i propri dati personali e pertanto, relativamente ai trattamenti che si rendano necessari nell'ambito delle finalità istituzionali:

**ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO**

*L'eventuale rifiuto del consenso ai trattamenti precedentemente menzionati (in quanto necessari per le attività istituzionali della FITw) comporterà l'impossibilità di completare la procedura di tesseramento.*

\_\_\_\_\_  
(data)

\_\_\_\_\_  
(firma)