|  |
| --- |
| **MODULO CF001** |

**TESSERAMENTO CARICHE FEDERALI A.S. 2024/2025**

***Il/la sottoscritto/a:***

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome | Nome |
| Nato il | A  | Prov. |
| Cittadinanza | Residente in Via |
| CAP | Città | Prov. |
| Tel | e-mail |
| Codice fiscale  |

 **\*Tutti i dati sono obbligatori**

***Chiede il tesseramento alla FITw in qualità di:***

|  |  |
| --- | --- |
| *LIVELLO* |  |
| Presidente Federale |  |
| Consigliere Federale |  |
| Presidente Regionale |  |
| Consigliere Regionale |  |
| Delegato Regionale |  |
| Delegato Provinciale |  |
| Direttore Tecnico Federale |  |

 (barrare la casella corrispondente al proprio livello di appartenenza)

A tal fine dichiaro di aver versato la corrispondente quota di tesseramento ed allego la ricevuta di pagamento.

La quota di tesseramento dovrà essere versata a mezzo BONIFICO BANCARIO a:

**Federazione Italiana Twirling**

**IBAN: IT40Q0200801116000102809908**

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) |  |  |