



ASD VIRTUS GINNASTICA ANNO _____

SEZIONE AUTONOMA

GINNASTICA
C.F. 92047360372
info@virtusginnastica.it
www.virtusginnastica.it

COGNOME _____ NOME _____

C.F. _____ NATO/A A _____

IL _____ RESIDENTE A _____ VIA _____

CAP. _____ E-MAIL _____

CELL. _____

chiede di iscriversi in qualità di Socio effettivo al Corso di

_____ giorni _____ ora _____

Il sottoscritto, previa identificazione, dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali con particolare riguardo a quelli cosiddetti particolari nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa, nonché relativamente alla comunicazione a terzi dei propri dati personali per finalità di tesseramento e istituzionali della FGI. [OBBLIGATORIO]

Data Firma

Il sottoscritto, previa identificazione, dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime il consenso al trattamento di cui al paragrafo 2, lettera b) della presente informativa. [FACOLTATIVO]

Data Firma

Il sottoscritto, previa identificazione, dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ed esprime il consenso al trattamento di cui al paragrafo 2, lettera c) della presente informativa. [FACOLTATIVO]

Data Firma

Data _____

Firma del Socio o del Genitore se minore _____