

TIPO DI ATTIVITA':

AGONISTICA

NON AGONISTICA

ATTENZIONE: La mancata barratura causa la sospensione del tesseramento

TIPO DI TESSERAMENTO:

NUOVO

RINNOVO

TRASFERIMENTO (indicare tipo trasferimento)

INDICARE SE:

Persona con disabilità.

Richiedente Asilo.

DATI GIOCATORE:

Maschio

Femmina

CODICE FISCALE

OBBLIGATORIO

Cognome

Nome

Nato a

_____ (comune)

Prov.

Nazione

_____ il _____ Cittadinanza _____

Tessera N.

Dati residenza

Comune Prov. C.A.P.

Via/P.zza N.

Tel..... e-mail

Il/la sottoscritto/a nella qualità di esercente la responsabilità genitoriale o di tutore del minore, consapevole che, qualora il vincolo interessato sia biennale, la sottoscrizione del presente modello autorizza la società di appartenenza al rinnovo automatico del tesseramento per tutta la durata del vincolo, chiede che il suddetto sia tesserato per la società:

Denominazione **UNIONE RUGBY CAPITOLINA** Codice FIR _____

Il/la sottoscritto/a esercente la responsabilità genitoriale o tutore del/sul giocatore, in nome, per conto e nell'interesse dello stesso:

Dichiara di aver preso visione dello Statuto, del Regolamento Organico e degli altri Regolamenti della F.I.R. e di accettarne integralmente i contenuti.

Il consenso al trattamento è facoltativo, ma essendo il conferimento dei dati necessario per consentire alla Federazione di autorizzare il tesseramento, l'eventuale rifiuto di prestarlo determinerà l'impossibilità per la federazione di tesserare i richiedenti.

Dichiara di aver visionato l'informativa estesa di cui all'art. 13 del Codice della Privacy e del Regolamento UE, ed ai sensi degli articoli 23, 26 e 130 del medesimo Codice e degli articoli 6 e 9 del Regolamento UE:

Attenzione

la mancata barratura causa la sospensione del tesseramento.

presto lo specifico consenso al trattamento dei Dati Sensibili, come definiti nell'Informativa, per le finalità illustrate al Paragrafo E della medesima Informativa, ivi incluse le ipotesi di comunicazione e diffusione (ad esclusione della diffusione dei dati sanitari).

- presto separato consenso opzionale** al trattamento dei dati personali per Finalità di Marketing come illustrato al Paragrafo F dell'Informativa.
- presto separato consenso opzionale** al trattamento dei dati personali rappresentato dalla comunicazione a terzi dei dati per Finalità di Marketing come illustrato al Paragrafo F.1 dell'Informativa.
- presto separato consenso opzionale** al trattamento dei dati personali per finalità di Profilazione come illustrato al Paragrafo H dell'Informativa.
- presto separato consenso opzionale** al trattamento dei dati personali rappresentato dalla comunicazione a terzi dei dati per finalità di Profilazione come illustrato al Paragrafo H dell'Informativa.

Firma del dichiarante o esercente la responsabilità genitoriale o tutore (**OBBLIGATORIA**) X.....

Firma del giocatore/giocatrice (**OBBLIGATORIA** solo dai 14 anni compiuti)

DATI ESERCENTE RESPONSABILITA' GENITORIALE O DEL TUTORE

CODICE FISCALE

OBBLIGATORIO

Tessera n.

Cognome Nome Cittadinanza.....

Nato a Prov. Data

Residente in (Comune) Prov. Cap

Via/P.zza n.

Tel. e-mail (**OBBLIGATORIA**)

Il/la sottoscritto/a in qualità di esercente la responsabilità sul giocatore

a conoscenza di quanto prescritto dall'art.76 D.P.R.28 Dicembre 2000 n.445 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi e per gli effetti dell'art.46, comma 1, del citato D.P.R.445/2000, dichiara che i dati riportati corrispondono al vero. Autorizzo il suddetto minore a praticare a livello sopra indicato il gioco del rugby, dichiarando che tale autorizzazione è da ritenersi valida fino a quando non comunicherò alla F.I.R. a mezzo raccomandata parere contrario.

Data Firma del dichiarante (**OBBLIGATORIA**) X.....

Il/la sottoscritto/a rappresentante legale della suddetta società per la quale il giocatore intende tesserarsi dichiaro autentiche le firme, che tutti i dati riportati nella presente richiesta, ivi compreso il codice fiscale, sono veritieri e che l'atleta è in regola con le disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria ed in possesso del certificato medico sportivo previsto per il tipo di attività che andrà a svolgere, così come da regolamenti federali e di legge vigenti e che è conservato agli atti della società. Dichiaro, inoltre, di agire in qualità di Responsabile del Trattamento da parte della Federazione.

Data FIRMATO IL/LA PRESIDENTE DELLA SOCIETA' (**OBBLIGATORIA**)

N.B.: La società è tenuta a trattenere una copia del presente modello.

Timbro della società