

MODULO TESSERAMENTO : anno

Nome:

Cognome:

Luogo di nascita: Prov.:

Data di nascita: Sesso:

Domicilio: Prov.:

Città: Cap:

Telefono / Cellulare

E-mail

Atleta: agonista escursionista

Taglie: maglia salopette calzino

Dichiarazione di esonero Responsabilità

Il/La sottoscritto/a si impegna a far pervenire alla Società il certificato sanitario, sollevando il Presidente della Società A.S.D. KULAMULA MTB CREMONA da qualsiasi responsabilità derivante dall'effettuazione di attività agonistica, all'insaputa della Società e del Presidente stesso, in assenza del certificato medico per attività agonistica in corso di validità, consapevole che in mancanza di tale certificato medico la tessera non è valida (sospesa).

Firma per accettazione

.....

PRIVACY DISCLAIMER

Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 196/2003

1) Sicurezza dei dati

I vostri dati personali (nominativo, indirizzi, telefono, foto, etc.) saranno trattati esclusivamente da A.S.D. KULAMULA MTB CREMONA mediante l'utilizzo di strumenti elettronici ad accesso riservato al personale addetto.

I suddetti operatori hanno predisposto tutte le misure di sicurezza informatica necessarie per ridurre al minimo il rischio di violazione della privacy dei suoi utenti da parte di terzi. Vi ricordiamo che la trasmissione dei Vs. dati personali avviene sempre sotto la Vs. responsabilità.

2) Correzione/aggiornamento dei dati personali

Ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003, vi segnaliamo che avete il diritto di chiedere ed ottenere, in qualsiasi momento, l'accesso, la cancellazione, la modifica dei vs. dati personali o il blocco del trattamento. Potrete esercitare tali diritti attraverso l'invio di una e-mail o comunicazione scritta.

3) Accettazione

Fornisco l'autorizzazione al trattamento dei miei dati personali oltre che per ottemperare agli obblighi previsti dalla legge, dai regolamenti o dalla normativa comunitaria anche per le seguenti finalità:

- invio di materiale pubblicitario ed informativo
- pubblicazione su rispettivi siti internet degli operatori dei miei dati anagrafici e foto

Data:

Firma per accettazione

.....