



COMITATO PROVINCIALE DI SASSARI

Via Ugo La Malfa, 19 07100 Sassari
sassari@federbocce.it tel. Fax 079 251243

CIRCOLO BOCCIOFILO GALLURA

Cittadella Sportiva Campo Fausto Noce - OLBIA
circolobocciofiloot@tiscali.it tel. 3297258531

Al Consiglio Direttivo dell'Associazione Sportiva Dilettantistica Circolo Bocciofilo Gallura

Il/la sottoscritto/a _____ Nato a: _____
il: ____/____/____ indirizzo residenza: _____ n° _____
Comune di: _____ PROV: (____) CAP: _____
Telefono Cellulare: _____ C.F. : _____
in qualità di genitore del minore _____
Nato a: _____ il: ____/____/____ C.F. : _____

CHIEDE

Che il minore venga tesserato/a all'A.S.D. Circolo Bocciofilo Gallura per l'anno corrente in qualità di ATLETA JUNIORES dello sport BOCCE specialità RAFFA con tessera assicurativa della F.I.B.
(FEDERAZIONE ITALIANA BOCCE)

A tal fine dichiara di avere preso visione dello Statuto presente sul sito www.circolobocciofilogallura.it e di approvarlo in ogni sua parte e di condividere i principi e le finalità dell'Associazione..

Data ____/____/____

Firma _____

Dichiaro di aver letto il regolamento pubblicato sul sito www.circolobocciofilogallura.it/regolamento INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 REGOLAMENTO UE 679/2016. I dati personali acquisiti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento e la gestione delle attività legate agli scopi dell'associazione. Ai sensi del DL 196 del 30 giugno 2003 e Reg. UE 679/2016, ha il diritto di accedere ai propri dati chiedendone la correzione, l'integrazione e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

Preso atto dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento e la comunicazione dei dati del minore nei limiti di cui alla stessa.

Autorizzo Firma _____