Per l'A.S.D. Marcon Basket

MODULO RICHIESTA LEZIONI DI PROVA GRATUITE

Io sottoscritto/a

COGNOME_____ NOME_____

TELEFONO_____ E-MAIL _____

GENITORE DI: _____ CHE E' NATO/A IL_____

CHIEDO CHE MIO FIGLIO/A POSSA PARTECIPARE ALLE PROVE GRATUITE DI MINIBASKET

A tale scopo dichiaro che mio figlio/a gode di buona salute ed è idonea/o allo svolgimento dell'attività fisica inerente alle lezioni di prova e a tal fine esonero l'A.S.D. MARCON BASKET da ogni qualsivoglia responsabilità civile e penale, relativamente a qualsiasi danno fisico, morale, biologico e/o di altra natura che possa verificarsi a causa dello svolgimento dell'attività durante l'utilizzo dei servizi all'interno della sede ed eventuale succursale.

Firma del genitore _____ Data _____

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003 n. 196 recante il Codice in materia di protezione dei dati personali

Si informa che i dati relativi agli iscritti a A.S.D. Marcon Basket sono oggetto di trattamenti – consistenti tra l'altro nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione e comunicazione – nel rispetto della normativa in vigore ed in particolare del diritto alla riservatezza degli interessati. Si precisa che:

1) il titolare del trattamento dei dati personali é l'A.S.D. Marcon Basket, con sede in Marcon (VE), Via dello Sport 12;

2) i dati sono trattati attraverso strumenti cartacei o elettronici atti a memorizzarli, gestirli e trasmetterli;

3) i dati sono conservati in ambienti di cui è controllato l'accesso;

4) i dati raccolti vengono trattati esclusivamente per: a) inviare/comunicare informazioni relative ai corsi ed alle lezioni; b) effettuare analisi statistiche; c) ottemperare agli obblighi di legge;

5) i dati personali raccolti non saranno oggetto di diffusione o comunicazione a terzi senza il previo consenso.

In relazione all'informativa sopra riportata, esprimo il consenso al trattamento, alla comunicazione ed alla diffusione dei miei dati personali e i dati personali di mio figlio da parte di A.S.D. Marcon Basket per le finalità sopra illustrate, anche con riferimento al trattamento dei miei dati sensibili di cui all'art. 22 della legge 675/1996.

Firma per il consenso _____

Per il genitore

CONFERMA PARTECIPAZIONE ALLE LEZIONI DI PROVA GRATUITE

L' A.S.D. Marcon Basket, vista la richiesta pervenuta in data _____

ACCONSENTE ALLA PARTECIPAZIONE ALLE LEZIONI DI PROVA GRATUITE

Per il minore:

COGNOME_____ NOME_____

Da svolgersi:

giorno _____ ora_____ presso_____

giorno _____ ora_____ presso_____

giorno _____ ora_____ presso_____

Il giorno della prova il partecipante dovrà portare con sé:

Per qualsiasi comunicazione o richiesta di variazione si prega di rivolgersi alla segreteria:

- Il mercoledì e il venerdì dalle 17.00 alle 19.00 presso il Palazzetto dello Sport di Marcon
- Tel. 371 1794424 (anche con messaggio Whatsapp)
- E-mail: segreteria@marconbasket.it

Marcon,_____

A.S.D. MARCON BASKET