

Dati Società	
Denominazione	<input type="text"/>
Sede	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>
Dirigente Responsabile	<input type="text"/>
Cell.	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>
Allenatore Responsabile	<input type="text"/>
Cell.	<input type="text"/>
e-mail	<input type="text"/>

chiede l'iscrizione al:	
campionato/torneo/trofeo	<input type="text"/>
Formula	<input type="checkbox"/> - 6 vs 6 <input type="checkbox"/> - 4 vs 4    Cat. <input type="checkbox"/> - M <input type="checkbox"/> - F <input type="checkbox"/> - MISTO
Denominazione Campo Gara	<input type="text"/>
Ubicazione Campo	<input type="text"/>
1ª Giornata gare	<input type="text"/>
Orario	<input type="text"/>
2ª Giornata gare	<input type="text"/>
Orario	<input type="text"/>

Ulteriori comunicazioni per la C.T. Pallavolo

Il sottoscritto Presidente

dichiara di avere effettuato l'affiliazione per l'anno agonistico in corso e di accettare le norme regolamentari vigenti e quelle indicate nel Regolamento Tecnico della Commissione Tecnica A.S.I. Pallavolo Puglia e di aver preso visione e accettare quanto previsto dall'informativa sul trattamento dei dati personali (EX ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/2003) nel medesimo Regolamento riportata. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e i dati raccolti verranno trattati per le finalità relative alle attività istituzionali obbligatorie previste dall'affiliazione e strettamente connesse all'attività sportiva della Pallavolo; tali dati potranno essere/saranno divulgati e/o diffusi su eventuali comunicati, pubblicazioni, siti di riferimento e/o sui Social Network.

Si impegna a far pervenire entro 7 gg dall'invio della presente l'elenco dei giocatori regolarmente tesserati e sottoposti a visita medica documentabile, che la Società intende utilizzare per il campionato/torneo/trofeo suddetto.

Si allega, inoltre, ricevuta dei versamenti effettuati per l'iscrizione su IBAN: **IT7950760115700000016772717** INTESTATO A **COMITATO PROVINCIALE ASI FG**.

DATA

TIMBRO

Firma del Presidente