



DOMANDA DI ISCRIZIONE 2017/2018

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ prov. _____ il ____ / ____ / ____
residente in _____ prov. _____
CAP _____ via o piazza _____ n° _____
telefono _____ (*) cellulare _____ (*)
e-mail _____ (*)

CHIEDE

Di essere iscritto/a al **CORSO DI** _____ (*)

Presso la Palestra _____

Con il seguente orario _____

Certificato medico SI se Si scadenza _____ NO DA PORTARE

Se si possiede Whatsapp indicare il numero _____

Ricevuta l'informativa sui miei dati personali, in base all'art.23 del D.L.vo 30.06.2003 n. 196, preso atto dell'informativa e precisamente di quella riguardante l'art.13, acconsento, ai sensi degli artt. 11,20,21,22 del decreto in oggetto, al trattamento dei miei dati. **SI NO**

Ricevuta l'informativa sui miei dati personali sensibili ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati 2sensibili2 di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del D.lgs 196/2003, vale a dire i dati " i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute ", preso atto dell'informativa e precisamente di quella riguardante l'art.13, acconsento, ai sensi degli artt. 11,20,21,22 del decreto in oggetto, al trattamento dei miei dati. **SI NO**

Autorizzo l'uso della propria immagine ed a effettuare riprese fotografiche durante i corsi per utilizzarle a scopo di documentazione e per eventuali mostre/ esposizioni fotografiche pubbliche ed pagine web del sito internet di proprietà di Uisp Firenze nel rispetto del D.lgs 196/2003 **SI NO**

Inoltre, mi impegno a rispettare lo Statuto, i Regolamenti, i deliberati degli Organismi dirigenti, a versare le quote previste e ad accettare la polizza assicurativa prevista. **SI NO**

Lastra a Signa, _____

Firma

Di un genitore se minorenne