|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| DENOMINAZIONE COMPLETA | | | | |
|  |  |  |  | / |
| INDIRIZZO CORRISPONDENZA | C.A.P. | COMUNE | PROVINCIA | TELEFONO |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.** | **N. LICENZA FED.** | **COGNOME E NOME** | **DATA DI NASCITA** | | | **DATA DI EMISSIONE** | **DATA DI SCADENZA** |
| **1** |  |  | **G.** | **M.** | **A.** |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a dichiara sotto la propria responsabilità di aver provveduto a formalizzare la posizione sanitaria degli Atleti di cui sopra come prescritto dalla Legge e di custodire presso la Segreteria Sociale la documentazione relativa. | | | | | |
| MANIFESTAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI | | | | | |
| Il/La sottoscritto/a, nella qualità di legale rappresentante della Società Sportiva, dichiara di aver fornito l’informativa di cui all’Art. 13 del Decreto Legislativo n. 196/2003 ai predetti interessati e di aver raccolto il loro consenso al trattamento dei dati personali utilizzando il Modello AN/Mod. AT 15/1995 custodito presso la Segreteria Sociale e sottoscritto da ogni singolo interessato. | | | | | |
|  |  |  |  | Il Presidente |  |
|  | Luogo e data |  |  | Timbro e firma leggibile |  |