



FEDERAZIONE ITALIANA DI ATLETICA LEGGERA

Comitato Regionale Lombardo

SCHEDA DI TESSERAMENTO NUOVI MEDICI

ANNO 2005

DATI OBBLIGATORI

CODICE e NOMINATIVO della
SOCIETA' di APPARTENENZA:

COGNOME E NOME: _____

DATA DI NASCITA: ____/____/____

LUOGO DI NASCITA _____ PROV. _____

CODICE FISCALE: _____

Tel. ABIT: _____ Cell. _____ Fax. _____

INDIRIZZO : _____

CAP : _____ LOCALITA' : _____ PROV : _____

QUALIFICA MEDICO :

- | | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Medico | € 26,00 |
| <input type="checkbox"/> Personale Parasitario | € 26,00 |

NUMERO ORDINE: _____

(allegare fotocopia dell'attestato di iscrizione all'Ordine dei Medici)

Ai sensi dell'art. 10 della Legge 31/12/1996 n. 675, recante disposizioni sulla Tutela delle persone e altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali si informa che i dati da Lei forniti formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza. Tali dati verranno trattati per finalità istituzionali, quindi strettamente connesse e strumentali all'attività della Federazione Italiana di Atletica Leggera. Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti telematici idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza. In relazione ai predetti trattamenti Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 13 della L. 675/96 (cancellazione, modifica, opposizione al trattamento). Titolare della banca dati è il Segretario Federale.

A tal fine autorizzo la Fidal al trattamento dei miei dati personali, anche mediante cessione degli stessi a terzi a fini di informazione commerciale od invio materiale pubblicitario o vendita diretta ovvero per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale interattiva:

Firma Tesserato

Per ricevuta: Data

Timbro e Firma Comitato