



## Delega per il Tesseramento Endas

Io sottoscritto (Allievo) \_\_\_\_\_

In caso di minore : Cognome e Nome del genitore \_\_\_\_\_ C. Fiscale \_\_\_\_\_

DELEGO CENTRO STUDI A PASSO DI DANZA a.s.d. a provvedere al tesseramento all'ente di promozione sportiva ENDAS.

LUOGO E DATA

LA/IL SOTTOSCRITTA/O

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( o il genitore esercente la potestà parentale)

### Dati Allievo

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ C.F.: \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Privacy e Trattamento dati

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali (o quelli di mio figlio/a in caso di allievo minorenne) ai sensi dell'art.13 d.lgs. 30 giugno 2003 n° 196 - "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art.13 GDPR 679/16 "Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali" e consento al loro trattamento, e all'utilizzo dell'immagine mia (o di mio figlio/a in caso di allievo minorenne) in formato fotografico, video e audio, nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statuari e promozionali. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutaria.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
( o il genitore in caso di allievo minorenne)

**CENTRO STUDI A PASSO DI DANZA A.S.D**

VIA BONFIGLIOLI 9/A - 40050 CALDERINO DI MONTE SAN PIETRO (BO)

TEL: 3663173199 - CF: 91410580376 - P.IVA: 03741771202

Email: [apassodidanza.bo@gmail.com](mailto:apassodidanza.bo@gmail.com) - [www.centrostudiapassodidanza.it](http://www.centrostudiapassodidanza.it)