



**FEDERAZIONE ITALIANA SPORT EQUESTRI**  
**Comitato Regionale Emilia Romagna**  
Scrivere in stampatello

.....  
(Cognome) ..... (Nome)

.....  **Socio**  **Non Socio** .....  
(Codice Fiscale) (E-mail)

.....  
(sesso) (data di nascita) ..... (luogo di nascita)

.....  
(residente) (indirizzo) ..... (C.a.p.) (Tel.Abit. e Cellulare)

.....  
(è tesserato per l'Associazione) ..... (Codice Associazione)

Il presidente dell'Associazione .....  
dichiara che il suddetto atleta è in regola con la certificazione di vaccinazione antitetanica (legge 5.3. n° 292) e con le disposizioni  
vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive per quanto concerne la certificazione di idoneità specifica allo sport agoni  
stico conservata agli atti della Società (D.M. 18/02/1982).

Con la firma l'atleta garantisce la veridicità dei dati forniti ed acconsente specificatamente ed espressamente al trattamento dei suoi  
dati personali, sopra indicati ai sensi dell'art.11 della Legge 675/96 ed acconsente espressamente alla comunicazione e diffusione dei  
dati sopra indicati ai sensi dell'art. 20 della stessa Legge.

.....  
Firma dell'atleta ..... Firma di chi esercita ..... Firma Presidente  
la patria potestà.

DATA..... Timbro Associazione.....

## MODULO DI CONSENSO INFORMATO

Il/La sottoscritto/a tesserato/a \_\_\_\_\_

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

residente in \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_

Federazione di appartenenza \_\_\_\_\_ Tessera federale n. \_\_\_\_\_

Preso atto dell'informativa ex art. 13 del D.lgs. n.196/2003

### **autorizza**

il trattamento dei dati personali e sensibili forniti ai fini della "partecipazione" all'attività sportiva.

Data: \_\_\_\_\_

Firma dell'Atleta

\_\_\_\_\_

Firma del Genitore

Esercente potestà genitoriale in caso di minore

\_\_\_\_\_