

MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO

IAP

IAG

PRIMO LIVELLO

COMITATO/DELEGAZIONE REGIONALE Sicilia

COGNOME

NOME

COMUNE E PROVINCIA DI NASCITA

DATA DI NASCITA

NAZIONALITÀ

CODICE FISCALE

COMUNE DI RESIDENZA PROV.

INDIRIZZO C.A.P.

CELLULARE

E-MAIL

Si allega alla presente:

- Documento di riconoscimento in validità
- Curriculum sportivo
- Certificato medico in validità (non agonistico/agonistico/sportivo)

Ai sensi dell'art. 13 del Reg. UE 679/2016, si fornisce idonea informativa in materia di trattamento dei dati personali da parte della Federazione Italiana Giuoco Handball

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa privacy allegata e presente nel sito www.fig.it/privacy.html, e di aver liberamente fornito i dati personali richiesti per le finalità descritte nella predetta informativa.

Presto il consenso al trattamento dei dati particolari per la finalità 1) indicata nell'informativa sopra richiamata.

Autorizzo la F.I.G.H. alla pubblicazione, nel sito Federale, www.fig.it, della tesi, qualora fosse richiesta, da me redatta al termine del suddetto corso.

Sono inoltre consapevole della circostanza che i materiali forniti dalla F.I.G.H. e dai Docenti (es.: video-lezioni, scritti, slides) durante il corso, sono per mio uso esclusivo di studio, e non mi è assolutamente consentito alcun altro uso, ivi compreso l'invio, la diffusione, la pubblicazione e/o la riproduzione in qualsiasi forma o supporto

Data _____

Firma _____