

**OGGETTO: Autorizzazione al trattamento dei dati per il procedimento di ricorso alla Commissione Regionale d'Appello per la Medicina dello Sport verso il giudizio di non idoneità all'attività sportiva agonistica**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_;  
residente a \_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

Di aver ricevuto e preso visione dell'INFORMATIVA PRIVACY ai sensi dell'art. 13 del Reg. (UE) 2016/679 (GDPR) relativa al procedimento di ricorso alla Commissione Regionale d'Appello per la Medicina dello Sport verso il giudizio di non idoneità all'attività sportiva agonistica

Firma

\_\_\_\_\_

**DICHIARA:**

1. Di autorizzare il trattamento dei propri dati personali al fine di ricevere comunicazioni di cui al procedimento in oggetto.  
 AUTORIZZA IL TRATTAMENTO  NON AUTORIZZA IL TRATTAMENTO
2. Di autorizzare il trattamento dei dati personali per la definizione del procedimento in oggetto e l'adozione del relativo provvedimento conclusivo.  
 AUTORIZZA IL TRATTAMENTO  NON AUTORIZZA IL TRATTAMENTO

Luogo e data

Firma

\_\_\_\_\_