

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. _____

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

In qualità di esercenti la potestà genitoriale del minore _____,
nato/a a _____ il _____, C.F. _____;
residente a _____, Via _____, n. _____

DICHIARANO:

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 di entrambi i genitori

DICHIARANO:

1. Di autorizzare il trattamento dei propri dati personali al fine di ricevere comunicazioni di cui al procedimento in oggetto.

AUTORIZZANO IL TRATTAMENTO

NON AUTORIZZANO IL TRATTAMENTO

2. Di autorizzare il trattamento dei dati personali relativi al minore _____ (Cognome e Nome) per la definizione del procedimento in oggetto e l'adozione del relativo provvedimento conclusivo.

AUTORIZZANO IL TRATTAMENTO

NON AUTORIZZANO IL TRATTAMENTO

Luogo e data

firma di entrambi i genitori

