



## SSD GELBISON ARL

### ACCESSO ALLO STADIO PER ACCREDITI DIVERSAMENTE ABILI AL 100%

Io sottoscritto .....

Nato/a a ..... il .....

Con certificato di invalidità n° ..... rilasciato dalla Commissione ASL di.....

Recapito e-mail o fax per invio conferma di prenotazione .....

Recapito telefonico per eventuali comunicazioni .....

Deambulante

Non deambulante

#### **RICHIEDE**

L'accredito per assistere alle gare casalinghe della SSD Gelbison Arl per il Campionato e accetta le procedure per l'ingresso allo Stadio che la SSD Gelbison Arl a suo insindacabile giudizio utilizzerà.

**ACCOMPAGNATORE:** (solo se previsto dal certificato di invalidità)

..... Nato/a a .....  
il.....

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI dati forniti ne presente modulo, saranno trattati ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003, esclusivamente al fine di permetterLe di accedere allo Stadio. La compilazione del presente modulo è condizione essenziale per l'acquisizione dei titoli di accesso per manifestazioni calcistiche, i titoli che sono esclusivamente nominativi come previsto dal D. M. Interni del 06 Giugno 2005. I dati richiesti come previsto dal D. M. saranno cancellati entro 7 giorni dall'evento calcistico.

FIRMA \_\_\_\_\_