



FEDERAZIONE ITALIANA HOCKEY

Viale Tiziano 74 - 00196 Roma

I sottoscritti dichiarano di aver preso visione dell'informativa ai sensi del d.lgs 196/03 e successive modifiche, ed esprimono il loro consenso, in particolare, a che i dati personali possano essere comunicati e trattati dai soggetti indicati nella predetta informativa.

TESSERAMENTO DIRIGENTI E STAFF MEDICO - 2015-2016

Il Sodalizio _____
(esatta denominazione sociale) _____ codice _____

richiede, presa visione dello Statuto e dei Regolamenti F.I.H., il tesseramento delle seguenti persone:

1	COGNOME E NOME *	luogo di nascita *	data di nascita *	sex *
	CODICE FISCALE *	Qualifica societaria (1) *	nazionalità *	

RECAPITI - Residenza - Telefoni - Posta elettronica

RESIDENZA - via e numero civico*

--

CAP	città *	prov. *

* campi obbligatori

email

Telefono Cellulare / abitazione

Telefono lavoro

Firma dell' intestatario

2	COGNOME E NOME *	luogo di nascita *	data di nascita *	sex *
	CODICE FISCALE *	Qualifica societaria (1) *	nazionalità *	

RECAPITI - Residenza - Telefoni - Posta elettronica

RESIDENZA - via e numero civico*

--

CAP	città *	prov. *

* campi obbligatori

email

Telefono Cellulare / abitazione

Telefono lavoro

Firma dell' intestatario

3	COGNOME E NOME *	luogo di nascita *	data di nascita *	sex *
	CODICE FISCALE *	Qualifica societaria (1) *	nazionalità *	

RECAPITI - Residenza - Telefoni - Posta elettronica

RESIDENZA - via e numero civico*

--

CAP	città *	prov. *

* campi obbligatori

email

Telefono Cellulare / abitazione

Telefono lavoro

Firma dell' intestatario

(1) Presidente (PRE); Dirigente (DIR); Medico (MED); Massaggiatore (MAS); Altro (Specificare, ALT)

Dichiaro che tutti i dati riportati nella presente richiesta sono veritieri.

Il presidente del sodalizio

TIBRO
SODALIZIO

Firma

PARTE RISERVATA ALLA FIH: