CICLOTURISTICA TEVERE FARFA
Alla scoperta della Riserva e dei Borghi

Inviare il presente modulo, unitamente alla ricevuta di pagamento e (solo se non si è tesserati) al certificato medico sportivo (anche non agonistico) al seguente indirizzo e-mail: iscrizioni@ruotegrassefianoromano.it
La quota di iscrizione può essere pagata tramite:
bonifico bancario IBAN IT30S0832739080000000001915
(intestato a "ASD Ruote Grasse Fiano"
causale "Cicloturistica Tevere Farfa <*Nome Cognome Iscritto*>")

COGNOME ----------	NOME ----------	SESSO M F	
LUOGO DI NASCITA ----------	DATA DI NASCITA ---------/---------/----------	COD FISCALE ----------	
RESIDENTE IN ----------	VIA ----------	CAP ----------	PROV ----------
TELEFONO ----------	EMAIL ----------		
TESSERATO SI NO	SOCIETA' TESSERAMENTO ----------	N° TESSERA ----------	
CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO (da compilare solo se non si è tesserati) SI NO	PERCORSO LUNGO CORTO		
COMPILARE I DATI SOTTOSTANTI SOLO IN CASO DI MINORE			
GENITORE / TUTORE ----------	COGNOME ----------	NOME ----------	
LUOGO DI NASCITA ----------	DATA DI NASCITA ---------/---------/----------	COD FISCALE ----------	

Il sottoscritto dichiara di avere attentamente letto, valutato il contenuto, compreso chiaramente ed approvato il significato di ogni singolo punto del Regolamento e la connessa Informativa Privacy della Cicloturistica Tevere-Farfa Ed.2019.

Luogo e Data _____ Firma_____

Consenso per il trattamento di dati relativi alla salute
Con riferimento al trattamento dei miei dati – ovvero di quelli del minore da me iscritto - relativi alla salute da parte dell'Organizzatore per la finalità e nei limiti specificati nell'Informativa Privacy

Luogo e Data _____ Firma_____

Consenso ripresa video-fotografica
Autorizzo la ripresa video-fotografica della mia immagine durante l'Evento per le finalità e con le modalità descritte nel Regolamento di Partecipazione, nella Liberatoria e nell'Informativa Privacy dell'Organizzatore;

Luogo e Data _____ Firma_____

Consenso per la cessione dei dati a terzi a scopo di marketing
Con riferimento alla comunicazione da parte dell'Organizzatore dei miei dati a terzi per finalità di marketing (cfr. art. 5, lett. b) dell'Informativa Privacy);

☐ presta il consenso ☐ nega il consenso

Luogo e Data _____ Firma_____

Compilare in stampatello il modulo in ogni sua parte e firmarlo