



HOCKEY CLUB TRENTO  
SUMMER CAMP COLLALBO 2019  
MODULO DI ISCRIZIONE

|  |                      |  |  |
|--|----------------------|--|--|
| Cognome ATLETA   |                      | Nome ATLETA  |  |
| <input type="text"/>   |                      | <input type="text"/>   |  |
| Data di nascita  | Luogo di nascita     |  |  |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> |  |  |
| Società appartenenza   |                      | Ruolo  |  |
| <input type="text"/>   |                      | <input type="checkbox"/> portiere <input type="checkbox"/> attaccante <input type="checkbox"/> difensore |  |
| Allergie <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |                      | Assume farmaci <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO                                   |  |
| <input type="text"/>   |                      | <input type="text"/>   |  |
| Nome e cognome GENITORE da contattare                            |                      | Telefono genitore  |  |
| <input type="text"/>   |                      | <input type="text"/>   |  |
| E-mail genitore  |                      | Pernottamento  |  |
| <input type="text"/>   |                      | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO  |  |

| RISERVATO ALLA<br>SEGRETERIA | CARTA<br>IDENTITA'       | TESSERA<br>SANITARIA     | CERTIFICATO<br>MEDICO    | TESSERAMENTO             |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, genitore/tutore dell'atleta come sopra generalizzato/a, **dichiara** di aver letto il "**Regolamento partecipazione Summer Camp Collalbo 2019**" e di **autorizzare** il/la proprio/a figlio/a partecipare a tutte le attività dell'**Hockey Club Trento a.s.d.**, sollevando da ogni responsabilità gli organizzatori e facendosi carico, in caso di danni provocati dal/la proprio/a figlio/a, del loro totale risarcimento. **Dichiara** di aver preso visione dell'informativa di cui al **Regolamento europeo 679/2016 (GDPR)** in materia di trattamento dei dati personali e, a tal riguardo, preso atto delle finalità e modalità del trattamento nonché dei diritti riconosciuti dalla suddetta normativa, acconsente al trattamento dei dati personali da parte di H.C. Trento a.s.d. per le finalità di cui all'articolo 2, compreso il trattamento delle categorie particolari di dati personali.

Trattamento delle immagini:

Presto il consenso  Nego il consenso

Data \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_