

	N. TESS	DATA	ASSICURAZIONE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	COGNOME:				
	NOME:				
SESSO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA			PR
INDIRIZZO		CAP	CITTÀ		PR
TEL			CEL		
EMAIL					

Canale di comunicazione preferito: e-mail sms posta

- Accetto lo statuto ed i regolamenti della Canottieri Lesa ASD

- Dò il consenso per quanto previsto dalla legge 675/96 art. 10,11,13 e 22

- Rinuncio ad ogni azione di rivalsa a norma dell'art. 1916 c.c. nei confronti dell'Associazione stessa.

Firma

ASSICURAZIONE *Acconsento che i miei dati vengano trasmessi alla compagnia assicurativa SAI, agenzia di Verbania*

Firma