



ALLEGATO ALL'INFORMATIVA DEGLI ASSOCIATI ALL STARS AREZZO

Io Sottoscritto: Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____

Dichiaro di aver letto e compreso l' informativa Associati disponibile presso la segreteria dell' Associazione Sportiva Dilettantistica All Stars Arezzo ed autorizzo al trattamento delle categorie particolari dei miei dati personali per la seguente finalità: **Affiliazione all'Associazione All Stars Arezzo e gestione del rapporto instaurato, ovvero dati necessari allo svolgimento delle attività svolte dall'associazione secondo quanto contenuto nel suo statuto**

Firma _____

L'associato non è in grado di apporre firma o comprendere le spiegazioni fornite.

Il familiare o tutore in sua vece:

Cognome: _____ Nome: _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____

Relazione con l'associato:

- Familiare, grado: _____
- Tutore
- Amministratore di sostegno
- Curatore

Arezzo lì, _____

In fede



In relazione alla finalità di cui al Paragrafo 4, lettera c, ovvero l'invio di Newsletter in merito alle nuove e future iniziative proposte da All Stars, esprimo il mio consenso:

SI	NO
----	----

In relazione alla finalità di cui al paragrafo 4, lettera d, ovvero Pubblicazione di articoli di stampa, fotografie e/o videoriprese sui canali di comunicazione, esprimo il mio consenso:

SI	NO
----	----

Arezzo lì, _____

In fede
