



RICHIESTA DI ISCRIZIONE

LO SCRIVENTE

NOME E COGNOME	
INDIRIZZO	
CELLULARE	
MAIL	

IN QUALITÀ DI GENITORE

CHIEDE di ISCRIVERE

NOME E COGNOME	
ETA'	
ALLEGA CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA EQUESTRE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

ALLE LEZIONI DI EQUITAZIONE DEL PROGETTO "inSEgni a cavallo"

FIRMA _____

in qualità di _____

*Lo scrivente autorizza il trattamento e l'utilizzo dei dati personali forniti ai sensi del **Regolamento Europeo per la Protezione dei Dati Personali (UE 2016/679 "General Data Protection Regulation")** esclusivamente per le attività riconducibili al progetto "INSEgni a CAVALLO" (iscrizione, selezione, comunicazioni di servizio, riprese e diffusione immagini).*

FIRMA _____



Ogni Sport Oltre



promosso da
**Fondazione
Vodafone
Italia**