

MODULO DI RICHIESTA DI ADESIONE AL PROGRAMMA TESSERA DI FIDELIZZAZIONE "NON VILASCIEREMO MAI"Spett.le Società
Hellas Verona F.C. S.p.A.

Preso atto del regolamento ricevuto in copia nella versione vigente alla data odierna, ed accettata la procedura di iscrizione, il sottoscritto chiede di partecipare al **Programma "Non vi lasceremo mai"**, consapevole che la presente domanda ha valore di proposta che si considererà accettata solo al momento e nel luogo di eventuale concessione da parte di codesta Società - e ricezione da parte del sottoscritto - della tessera di fidelizzazione "Non vi lasceremo mai" in base alle normative vigenti e relative autorizzazioni. Si precisa che i dati anagrafici e relativi riferimenti al proprio documento di identità verranno trasmessi in formato elettronico alla competente Autorità Provinciale di PS, secondo le norme vigenti per la richiesta di adesione al programma della tessera di fidelizzazione.

CAMPI OBBLIGATORI - INFORMAZIONI PERSONALI SOGGETTE A TRATTAMENTO SECONDO LE DISPOSIZIONI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (RGPD)**Dati personali**

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____

Indirizzo di residenza

Via/Piazza _____

CAP _____ Comune _____ Provincia _____

Recapito telefonico _____

Estremi del documento d'identità - come verificati dall'addetto della Società alla ricezione della presente richiesta

Tipo di documento _____ n. _____ emesso il ____ / ____ / ____

Luogo del rilascio _____ Ente _____ Data di scadenza ____ / ____ / ____

CAMPI FACOLTATIVI - INFORMAZIONI PERSONALI SOGGETTE A TRATTAMENTO SECONDO LE DISPOSIZIONI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (RGPD)

E-mail *	Nr. di telefono (solo invio di sms) *	Preferenze per l'invio delle comunicazioni
		sms <input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> posta ordinaria <input type="checkbox"/> .

_____, li ____ / ____ / ____

Firma del richiedente

Da compilare solo nel caso in cui il richiedente sia minore degli anni 18:

Il sottoscritto, in qualità di genitore e/o esercente la potestà genitoriale del Minore sopra generalizzato, dichiara di dare il proprio consenso alla Sua partecipazione al Programma e di assumersene la responsabilità.

Dati del genitore e/o esercente la potestà genitoriale

Cognome _____ Nome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Codice Fiscale _____

_____, li ____ / ____ / ____

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

* nel caso il richiedente sia minore degli anni 18, è necessario che l'indirizzo postale, e-mail ed nr. di telefono siano quelli del genitore o di chi ne esercita la potestà o siano sotto il suo diretto controllo.

