



MODULO D'ISCRIZIONE AL

I° TROFEO OVER 50

La squadra sarà composta da n° ____ giocatori, e prenderà il nome di: _____,

sita ad _____ via _____, Telefono _____ E-Mail _____.-

La sede della squadra, per tutte le comunicazioni della Direzione del Torneo, è: _____,

presso il Sig. _____ all'utenza telefonica _____ E-Mail _____,

oppure contattare il Sig. _____ all'utenza telefonica _____ E-Mail _____.-

Alghero, ____ / ____ / 2009

ROMAN A.S.D.C.R.
Direzione Via Gudi n°23
Campo del HCALE' in Via Europa angolo via Baleari
07041 Alghero (SS)
Prenotazioni **Giorgio 347.2995959** Fax 1782219542.
E-Mail asdroman@tiscali.it www.romaclubalghero.it/asdroman

N°	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Residente	Indirizzo	FIRMA
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

N.B. Tutti gli atleti, apponendo la firma sul presente modulo, **dichiarano sotto la propria responsabilità di essere in possesso del necessario certificato medico** per lo svolgimento dell'attività sportiva del Calcio a 5, **sollevando da ogni responsabilità l'organizzazione**. Dichiaro di aver preso visione del regolamento del Torneo, ed accettarlo per intero. Con il presente ai sensi dell'art.675/96 autorizzo il Roman A.S.D.C.R. con sede in Alghero Via Gaudì n°23 cap.07041, e da altre aziende sponsor, ad utilizzare e gestire direttamente ed indirettamente i dati da me forniti ai fini commerciali e promozionali e per le finalità del club organizzatore. È mio diritto, ai sensi dell'art.13 della suddetta legge, ottenere tutte le informazioni ritenute opportune, all'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione di dati, nonché la cancellazione degli stessi scrivendo a Roman A.S.D.C.R. via Gaudì n°23 07041 Alghero, oppure all'indirizzo E-Mail info@romaclubalghero.it.