



# Federazione Italiana Giocchi e Sport Tradizionali

**ITALIA** DISCIPLINA SPORTIVA  
ASSOCIAZIONE RICONOSCIUTA  
DAL CONI

 DISCIPLINA SPORTIVA  
ASSOCIAZIONE PARALIMPICA  
riconosciuta dal  
**COMITATO ITALIANO**

## Modulo Tesseramento T2

## Tesseramento

**Stagione:**

Nome
Email
Data di Nascita
Luogo di Nascita
Città Residenza
Provincia Residenza
ASD di Riferimento

Cognome
Telefono
Codice Fiscale
Cittadinanza
Via Residenza
CAP Residenza
Sesso

Giudice Federale e/o Ufficiale di Gara
Tecnico Federale
Dirigente Federale
Presidente Onorario
Soci e Tesserati Onorari e Benemeriti
Medico Federale
Altre Figure Tecniche
Altre Figure Tesserate

**Paralimpico**  
**Macroclasse**  
**Tipología**

Il/La sottoscritto/a Dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali effettuato da F.I.G. e S.T. e di manifestare il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali per pubblicizzazione delle attività associative svolte da F.I.G. e S.T. tramite diffusione di foto e video degli eventi sportivi regionali, nazionali e internazionali.

Il sottoscritto attesta l'autenticità dei dati e delle firme sopra riportate e dichiara di aver acquisito il consenso sulla tutela dei dati personali (ai sensi dell'ex art.13 Regolamento UE 2016/679) dei tesserati sopraelencati e di conoscere gli obblighi stabiliti dalle leggi vigenti in materia di tutela sanitaria dell'attività sportiva.

I tesserati sono tenuti all'obbligo di certificazione medica di tipo agonistico.  
IL CERTIFICATO MEDICO AGONISTICO da consegnare alla segreteria.

<b>Firma dell'atleta o di chi esercita la potestà parentale</b>	
Data	
Luogo	