

Corso/Convegno:..... Sede:..... Data:.....

|   |                    |
|---|--------------------|
| Cognome:  | Nome:              |
| Data di nascita:  | Comune di nascita: |
| Indirizzo (via/civico/edif./scala):                           |                    |
| Città: CAP:   | Codice Fiscale:    |
| Cell: / Tel:  | E-mail:            |
| Titolo di Studio:   | Professione:       |
| Squadra allenata:   | Società:           |
| <i>compilare in stampatello tutti i campi sopra riportati</i> |                    |

Il sottoscritto consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punibile ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia nonché soggetto ai provvedimenti di competenza degli Organi di Giustizia

**DICHIARA**

- di non aver riportato condanne penali, ancorché non definitive, ovvero la pendenza di processi penali per reati contro la libertà personale e/o in materia di doping;
- di essere consapevole che per accedere alla prova di valutazione finale, ove prevista, è obbligatoria la frequenza al corso.
- di aver preso visione del Regolamento SIT disponibile sul sito FIN (<http://www.federnuoto.it/formazione/sit/regolamento>) e di accettare tutte le norme ivi contenute.

Per la validità di detta dichiarazione allego fotocopia del documento di identità n° \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ in corso di validità.

Il sottoscritto inoltre, presa visione dell'informativa per il trattamento dei dati ex art. 13 del Regolamento UE 679/2016, la cui versione integrale è reperibile sul sito FIN (<https://www.federnuoto.it/federazione/privacy.html>) che dichiara di conoscere integralmente, **ATTESTA:**

di aver liberamente fornito i propri **dati personali** e pertanto, relativamente ai trattamenti che si rendano necessari nell'ambito delle finalità esplicitate nell'informativa:

**ESPRIME IL PROPRIO CONSENSO**

L'eventuale rifiuto del consenso ai trattamenti precedentemente menzionati (in quanto necessari per le attività istituzionali della F.I.N.) comporterà l'impossibilità di iscriversi e fruire del /dei corso/i di formazione.

|               |                                 |  |
|---------------|---------------------------------|--|
| Data<br>_____ | Firma dell'interessato<br>_____ | in caso di minori, in qualità di:<br><input type="checkbox"/> esercente la potestà genitoriale<br><input type="checkbox"/> tutore<br><input type="checkbox"/> curatore |
|---------------|---------------------------------|--|