# FEDERAZIONE ITALIANA PALLAPUGNO (F.I.P.A.P.)

## Elenco degli Operatori Sportivi presenti alla manifestazione

Ogni ASD/SSD deve compilare questo modulo e consegnarlo al Responsabile COVID all'ingresso dell'impianto di svolgimento della manifestazione agonistica.

Data: …….... Manifestazione: …… Luogo: …….

ASD/SSD: ……. Codice ASD: ……

Responsabile COVID: …….. N. Tel. Responsabile COVID: ……

E-mail Responsabile COVID: ……

| COGNOME | NOME | N. TESSERA | RUOLO (tecnico/giocatore/ecc. | CONTATTO TELEFONICO |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Informativa privacy:
In relazione a quanto da me dichiarato, consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti (articolo 76 D.P.R. 445/2000), prendo atto che la FIPAP si riserva la possibilità di controllo e verifica sulla veridicità del loro contenuto.
Il sottoscritto dichiara inoltre di essere stato informato sulla raccolta dei dati personali ex art.13 Regolamento UE n.679/2016 e che tali verranno trattati dal Titolare del trattamento limitatamente alla gestione dell'emergenza sanitaria COVID-19. Tali dati non verranno diffusi e sono utili all'adempimento delle norme in materia di sicurezza. Al termine del periodo emergenziale verranno distrutti.

Data:_____

Firma_____