

ASD "ATLETICA JACOBS ACADEMY"

DATI FISCALI PER LA RICEZIONE DELLE RICEVUTE

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

COGNOME _____ NOME _____

RESIDENTE A _____ CAP _____ PROV. _____

VIA/PIAZZA _____ N. _____

E-MAIL _____ CELLULARE _____

CODICE FISCALE _____

quale esercente la potestà genitoriale sul minore/i:

COGNOME _____ NOME _____

CODICE FISCALE _____

1° FIGLIO ISCRITTO ()

2° FIGLIO ISCRITTO ()

3° FIGLIO ISCRITTO ()

(barrare le caselle prescelta)

CHIEDE DI RICEVERE LA RICEVUTA FISCALE PER:

- LA GIORNATA DI PROVA ATLETICA LEGGERA () € 30,00
- CORSO FREQUENZA BISETTIMANALE () Acconto n° rata () importo € _____
- CORSO AGONISTICA O TRISETTIMANALE () Acconto n° rata () importo € _____
- CORSO MONOSETTIMANALE () Acconto n° rata () importo € _____

(barrare le caselle prescelta)

DICHIARA INOLTRE

di acconsentire al trattamento dei dati personali da parte della ASD Atletica Jacobs Academy, ai sensi dell'art. 13 D.lgs. n. 196/2003 e in relazione all'informativa fornita. In particolare si presta il consenso al trattamento dei dati personali per la realizzazione delle finalità istituzionali dell'Associazione, nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie. Potrà comunque in qualsiasi momento richiederne la cancellazione inviando una mail a: atleticajacobsacademy@pec.it

Luogo e data _____ Firma Genitore (leggibile) _____

SI o NO

ASD ATLETICA JACOBS ACADEMY - SEDE LEGALE 1° TRAV- DI VIA VACCAROLO n° 30

UFFICI VIA ADRIANO OLIVETTI 94/a - 25015 DESENZANO DEL GARDA (BS) - P.IVA 04451590980