



MODULO DI RICHIESTA DI ACCREDITO PER PERSONE CON INVALIDITA' 100% NON DEAMBULANTI

STAGIONE CALCISTICA 2024-2025

INFO@CARRARESECALCIO.IT

FAX 0585/044152

IO SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ **IL** _____

RESIDENTE IN VIA _____

CITTA' _____ **PROVINCIA** _____ **TEL** _____

EMAIL _____ **CERTIFICATO DI INVALIDITA' RILASCIATO**

DALLA COMMISSIONE ASL DI _____ **NR.** _____

DEL _____

RICHIEDO

L'ACCREDITO PER LA GARA CARRARESE VS _____ **DEL GIORNO** _____

ACCOMPAGNATORE _____

NATO A _____ **IL** _____

RESIDENTE IN VIA _____ **CITTA'** _____

PROVINCIA _____ **TEL** _____ **EMAIL** _____

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Autorizzo al trattamento dei dati personali ai sensi del DGL 196 e del DGPR 2016/679

DATA _____ **FIRMA**(leggibile) _____

(in caso di minori la firma deve essere apposta da chi esercita la potestà)

EVENTUALI DATI DEL GENITORE: NOME _____ **COGNOME** _____

ATTENZIONE: i posti riservati alle persone disabili non deambulanti sono, per ragioni di sicurezza e accessibilità, specifici per le esigenze di circolazione delle carrozzine all'interno dello stadio. Il solo biglietto ordinario non consente l'ingresso allo stadio delle persone in carrozzina; pertanto, **si sottolinea che il regolare acquisto di un qualsiasi tagliando non permette l'accesso alla struttura.**