



**RICHIESTA TESSERA ANNO \_\_\_\_\_**  
**Medico Sociale e/o di Fiducia**

Il sottoscritto/a				Sesso	
Nato/a a			il		
N° Ruolo			Codice Fiscale		
Indirizzo				Cap	
Città				Prov.	
Telefono		Cell.		Fax	
E-Mail					

Chiede di essere tesserato a codesta **Federazione Ciclistica Italiana**.

**Ai sensi della L. n. 15 del 1968, il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità che i dati sopra riportati sono veritieri.**

**DATA RICHIESTA** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma del richiedente**

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di non essere a conoscenza di elementi che possano ostacolare il rilascio della licenza richiesta il cui utilizzo sarà effettuato sotto la propria responsabilità esclusiva.

Il sottoscritto si impegna a rispettare gli statuti ed i regolamenti delle sue Confederazioni Continentali e della Federazione Ciclistica Italiana.

Il sottoscritto si impegna a sottomettersi alle sanzioni pronunciate nei suoi confronti e ad inoltrare gli appelli e le dispute agli organismi designati dal regolamento.

ESTREMI BONIFICO BANCARIO IN FAVORE F.C.I.

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N° CRO \_\_\_\_\_

**\*ALLEGARE COPIA DEL BONIFICO**

**Il sottoscritto ai sensi della legge 675196 così come integrata e modificata dal D.L.G.S. 196/03 autorizza la F.C.I. al trattamento dei propri dati personali, con l'esclusione dei dati sensibili, mediante raccolta, registrazione, codificazione ed inserimento in archivi cartacei od informatici. Autorizza altresì la diffusione degli stessi ai soli fini sportivi o organizzativi sempre in relazione alle finalità sportive. Autorizza infine l'inserimento dei propri dati personali nella banca dati della F.C.I. consultabile, anche da terzi, via internet.**





## **Clausele Privacy – MEDICI SOCIALI E DI FIDUCIA**

Il sottoscritto ..... si impegna a trattare i dati personali che gli vengono comunicati dalla Federazione Ciclistica Italiana in qualità di medico sociale o di fiducia, secondo quanto stabilito dal Regolamento EU 2016/679 (di seguito GDPR).

In particolare dichiara sotto la propria responsabilità:

- di effettuare il trattamento dei dati personali, con particolare attenzione ai dati cosiddetti sensibili, ovvero quello sanitari, in modo lecito e secondo correttezza, nel perseguimento delle determinate ed esclusive finalità legate all'adempimento dell'incarico quale medico sociale o di fiducia;
- di rispettare ed applicare le misure di sicurezza previste dall'art. 32 del GDPR atte a salvaguardare i dati dal rischio di perdita, distruzione, accesso non autorizzato o non consentito;
- di fornire alla Federazione Ciclistica Italiana tutte le informazioni utili a rispondere prontamente alle fondate istanze degli interessati, nell'esercizio dei diritti ad essi riconosciuti dal GDPR.
- di informare prontamente la Federazione Ciclistica Italiana di tutte le questioni rilevanti ai fini della sicurezza dei dati (ad esempio violazioni dei dati personali, perdita, accesso non autorizzato, eventuali anomalie ecc.);
- di conservare i dati in una forma che consenta l'identificazione degli interessati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti dopo
- non comunicare i dati a terzi e di non operare alcun trasferimento dei dati verso paesi terzi od organizzazioni internazionali.

Il sottoscritto ..... si impegna, per sé e per eventuali propri collaboratori a limitare l'accesso ai soli dati la cui conoscenza sia necessaria e sufficiente per lo svolgimento delle operazioni di cui al mandato ricevuto. Pertanto manleverà e terrà indenne la Federazione Ciclistica Italiana da ogni responsabilità, danno, perdita o evento pregiudizievole che possa derivare dalla propria violazione delle norme in materia di tutela dei dati personali con particolare ma non esclusivo riferimento a:

- Condanne civili, sanzioni amministrative, conseguenze pecuniarie di sanzioni penali;
- Danno emergente e lucro cessante connessi ad un'eventuale ordine di blocco, sospensione o cessazione del trattamento dei dati.

Data.....

Firma.....

