



Centro Ippico  
"LA FORNACE"

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA "C.I. LA FORNACE"  
Loc.cascina Fornace, 2 - 26839 Zelo Buon Persico (LO)  
Tel. 02.9065016 – [www.centroippicolaforname.it](http://www.centroippicolaforname.it)  
C.F. 04237510153 - P.I. 13729020969  
codice UNIVOCO KRRH6B9  
e.mail: [infoforname@gmail.com](mailto:infoforname@gmail.com) pec: [centroippicolaforname@pec.it](mailto:centroippicolaforname@pec.it)  
codice stalla 061LO017

## MODULO DI ISCRIZIONE CAMPUS ESTIVO ANNO \_\_\_\_\_

### In qualità di genitore/tutela del minore

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### DATI DEL MINORE

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ ( )

**Firma per accettazione del minorenne che richiede il tesseramento per la pratica di sport equestri obbligatoria quando abbia compiuto 14 anni, ai sensi dell'art 16 comma 2 DL 28 febbraio 2021 n. 36)**

Firma del minorenne \_\_\_\_\_

SETTIMANA RICHIESTA DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

SETTIMANA RICHIESTA DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

SETTIMANA RICHIESTA DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

SETTIMANA RICHIESTA DAL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_ ANNO \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI BUONA SALUTE È necessario consegnare certificato medico di buona salute prima dell'inizio del camp.**

Note importanti \_\_\_\_\_

<b>AUTORIZZA</b> il trattamento dei dati personali ai sensi del GDPR (UE) 679/2016		
SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Firma _____
<b>AUTORIZZA</b> l'utilizzo e la diffusione, da parte della A.S.D., di immagini riguardanti l'iscritto riprese o scattate durante lo svolgimento delle attività promosse dalla A.S.D.		
SI' <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Firma _____

Firma del genitore/ tutela del minore

\_\_\_\_\_