



MODULO DI RICHIESTA ACCREDITO PERSONE CON DISABILITÀ

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

☐ **DEAMBULANTE**

☐ **NON DEAMBULANTE**

Recapito e-mail per invio conferma

Recapito telefonico _____

richiedo il rilascio del tagliando di accesso per poter assistere all'incontro di

☐ 1°SQUADRA MASCHILE ☐ 1°SQUADRA FEMMINILE

SASSUOLO – _____ del _____

accettando espressamente le procedure indicate dalla Società U.S. Sassuolo Calcio nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge in materia.

DATI ACCOMPAGNATORE - Nome e Cognome _____

Nato/a a _____ il _____

Si ricorda che per registrarsi al servizio è necessario inviare all'U.S. Sassuolo Calcio copia di un documento di identità e copia del certificato d'invalidità.

☐ Dichiaro di aver preso visione dell'informativa ed esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati personali rivelanti lo stato di salute

Data _____ Firma del richiedente _____

**INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL
REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (“GDPR”)**

I dati personali raccolti attraverso il presente modulo saranno trattati dall’U.S. Sassuolo Calcio S.r.l. per dare seguito alla richiesta da Lei presentata e per adempiere agli obblighi legali cui la stessa è sottoposta. I dati potranno essere altresì utilizzati dalla Società in caso di contenzioso giudiziale. Per le finalità ivi indicate i dati saranno conservati per un periodo di dieci anni o, nel caso di contenzioso giudiziale, per tutta la durata dello stesso e fino all’esaurimento dei termini di esperibilità delle azioni di impugnazione. Il conferimento dei dati è obbligatorio per dar seguito alla Sua richiesta. I dati possono essere trattati da soggetti esterni operanti in qualità di Titolari autonomi quali, a titolo esemplificativo, autorità ed organi di vigilanza e controllo.

U.S. Sassuolo Calcio Srl
Via Giorgio Squinzi, 1 Sassuolo (MO)
Tel: 0536/882645– **E-Mail:** accreditiDVA@sassuolocalcio.it