



us siracusa srl
Matricola FIGC 79957



Stadio "Nicola De Simone": Richiesta di accredito diversamente abili

U.S. Siracusa srl
Segreteria
MODULO DISABILI 100% Via Montegrappa, 120/E
96100 Siracusa
Fax 0931.483372
e-mail info@usdsiracusa.it

// Cognome _____ Nome _____
Data di nascita ___ / ___ / ___ Luogo di nascita _____
certificato di invalidità rilasciato dalla ASL di _____ n. _____
in data ___ / ___ / ___
Recapiti per conferma accredito:
Tel. ___ / ___ / ___ Fax ___ / ___ / ___ email _____

DEAMBULANTE

(barrare la voce interessata)

NON DEAMBULANTE

richiede l'accesso allo stadio "Nicola De Simone" di Siracusa in occasione della gara:

SIRACUSA - _____ del ___ / ___ / _____

ACCOMPAGNATORE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita ___ / ___ / ___ Luogo di nascita _____

(l'accompagnatore, **necessariamente maggiorenne**, dovrà esibire un documento di identità all'ingresso).

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati forniti nel presente modulo, saranno trattati ai sensi del D.L.N. 196/2003, esclusivamente al

fine di permetterLe di accedere allo Stadio. La compilazione del presente modulo è condizione essenziale per l'acquisizione dei titoli di accesso per manifestazioni calcistiche, titoli che sono esclusivamente nominativi così come previsto dal D.M. Interni del 06/06/2005. I dati richiesti come previsto dal D.M. saranno cancellati entro 7 giorni dall'evento calcistico.