

Regione Lombardia
Commissione Regionale d'Appello
U.O. Prevenzione
Piazza Città di Lombardia, 1
20124 M I L A N O

Per il tramite di: ATS _____

Sede _____

Il/la sottoscritto/a: Cognome _____ **Nome** _____

nato/a a _____ Prov. _____ il |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente a _____ Prov. _____ cap.

|_|_|_|_|_|_|_|_|, in Via _____ n. |_|_|_|_|_| e identificabile a mezzo
di _____ n. _____, **indirizzo PEC** (se ne autorizza l'utilizzo per
qualsivoglia comunicazione relativa al procedimento, compresa la trasmissione del giudizio finale
della CRA) _____.

(nel caso in cui l'atleta sia maggiorenne)

Il Genitore/Tutore legale*: (*ai sensi del decreto del Giudice Tutelare N. _____ del
Tribunale di _____ rilasciato in data _____)

Cognome _____ **Nome** _____

nato/a a _____ Prov. _____ il |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

residente a _____ Prov. _____ cap.

|_|_|_|_|_|_|_|_|, in Via _____ n. |_|_|_|_|_| e identificabile a mezzo
di _____ n. _____, **indirizzo PEC**

_____.

- Presto il consenso alla trasmissione del giudizio finale comprensivo di motivazione della CRA al medico che ha emesso il certificato di non idoneità e all'ATS territorialmente competente;
- Non presto il consenso alla trasmissione del giudizio finale comprensivo di motivazione della CRA al medico che ha emesso il certificato di non idoneità e all'ATS territorialmente competente.

Per contatti:

Cognome _____ **Nome** _____

Tel./Cell _____

indirizzo PEC dell'atleta* _____

Indirizzo PEC della Società Sportiva* _____

Data _____

Firma _____

Dichiaro:

- di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, impossibilitato a presenziare in data odierna;
- di esercitare da solo/a la potestà genitoriale, ai sensi della normativa vigente.

***Informazioni obbligatorie a pena d'inammissibilità del ricorso.**



Regione Lombardia
Commissione Regionale d'Appello
U.O. Prevenzione
Piazza Città di Lombardia, 1
20124 M I L A N O

*NOMINATIVO REFERENTE DELL'ATS (campo dedicato all'ATS)

Regione Lombardia
Commissione Regionale d'Appello
U.O. Prevenzione
Piazza Città di Lombardia, 1
20124 M I L A N O

INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO 679/2016/UE (art. 13.1, lettera b) DELL'ATS DELLA VAL PADANA

Si comunica che tutti i dati personali (comuni identificativi, sensibili e/o giudiziari) comunicati all'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana saranno trattati esclusivamente per finalità istituzionali nel rispetto delle prescrizioni previste dal Regolamento 679/2016/UE.

Il trattamento dei dati personali avviene utilizzando strumenti e supporti sia cartacei che informatici.

Il Titolare del trattamento dei dati personali è l'Agenzia di Tutela della Salute della Val Padana.

L'Interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del Regolamento 679/2016/UE.

L'informativa completa redatta ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento 679/2016/UE è reperibile presso gli uffici aziendali e consultabile sul sito web dell'ente all'indirizzo www.ats-valpadana.it.

Il Data Protection Officer/Responsabile della Protezione dei dati individuato dall'ente è reperibile presso la sede dell'Agenzia di Tutela della Salute della Valpadana, può essere contattato utilizzando i recapiti istituzionali dell'ente (protocollo@pec.ats-valpadana.it) indicati sul sito web www.ats-valpadana.it ed è il seguente soggetto:

DPO	PARTITA IVA E C.F.	Via/Piazza	CAP	Comune	Rappresentante del DPO
LTA S.R.L.	14243311009	Via della Conciliazione, 10	00193	Roma	Recupero Luigi