



**MODULO DI RICHIESTA DI ACCREDITO PER PERSONE CON INVALIDITÀ
100% E/O CON AUSILIO DI SEDIA A ROTELLE**

Io sottoscritto _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____

Con Certificato di Invalidità rilasciato dalla Commissione ASL di _____

Nr. _____ in data _____

Deambulante

Non deambulante

Recapito telefonico _____

Email per conferma accredito _____

Richiedo

Di poter assistere alla gara **Como** - _____ che si svolgerà presso lo stadio "Giuseppe Sinigaglia" il giorno _____ nel settore riservato, posto nel parterre della tribuna principale, accettando espressamente le procedure indicate dalla società Como 1907 nel rispetto delle vigenti disposizioni di legge in materia e di essere a conoscenza che in caso di esaurimento dei posti disponibili o incompletezza nella compilazione del seguente modulo, la richiesta sarà da considerarsi respinta.

Como 1907 s.r.l.

Sede legale: Via Volta 70 - Sede operativa: Viale Sinigaglia 2 - 22100 COMO
Telefono 031.574425 - Fax 031.570330 - Mail: segreteria@como1907.net - Posta pec:
como1907srl@pec.it

Partita iva 03723750133 - Matricola 947463



Il mio accompagnatore sarà:

Sig./Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ in via _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi D. Lgs. N.196/2003.

Allego copia Certificato di Invalidità e carta di identità (questa anche dell'accompagnatore).

Data _____ Firma _____

N.B. I dati richiesti verranno cancellati entro 7 giorni dalla disputa della gara – D.M. 06/06/2005

Como 1907 s.r.l.

Sede legale: Via Volta 70 - Sede operativa: Viale Sinigaglia 2 - 22100 COMO

Telefono 031.574425 - Fax 031.570330 - Mail: segreteria@como1907.net - Posta pec:

como1907srl@pec.it

Partita iva 03723750133 - Matricola 947463