



DOMANDA ISCRIZIONE COMMISSARIO DI CAMPO



Il sottoscritto:

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita _____ / _____ / _____ Sesso: _____

Comune o Stato estero di nascita _____

Provincia _____ Codice fiscale: _____

Residente a _____ Provincia _____

C.A.P. _____ in via _____

Domiciliato a _____ Provincia _____

C.A.P. _____ in via _____

Telefono fisso _____ Telefono mobile _____

Indirizzo e-mail _____

CHIEDE

di poter essere iscritto nell'elenco dei Commissari di Campo.

Requisiti valutativi

Titolo di studio _____

Professione _____

Si allega CURRICULUM VITAE / SPORTIVO _____

Di avere piena autonomia per eventuali spostamenti e disponibilità per le designazioni (SI) (NO)

Adeguate conoscenza del Calcio a Cinque (SI) (NO)

Infine dichiaro di non essere in una delle condizioni di incompatibilità di cui al punto 1, della parte riguardante i commissari di campo, del Comunicato Ufficiale n. 15C5 della stagione 2019/2020.

Il sottoscritto autorizza il C.R. CAMPANIA F.I.G.C. – L.N.D. al trattamento di tutti i dati personali forniti con il presente modulo per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, ai sensi del d.lgs. n. 196/2003.

_____ Data

_____ (Firma leggibile)