



openjobmetis

STAGIONE 2016/2017

MODULO PER PERSONE CON DISABILITA'

- 1) Compilare il presente modulo in tutti i suoi campi (le richieste incomplete potrebbero essere respinte)
- 2) inviare il presente modulo debitamente compilato via fax al 0332-240307 o via mail all'indirizzo biglietteria@pallacanestrovarese.it entro e non oltre le ore 19.00 del TERZO GIORNO antecedente la gara
- 3) attendere la conferma di accredito
- 4) la PALLACANESTRO VARESE S.p.A. tratterà le domande pervenute rispettando l'ordine di presentazione. In caso di mancata conferma la richiesta è da considerarsi respinta a causa dell'esaurimento dei posti disponibili.
- 5) per il ritiro dei biglietti, il giorno della partita presentarsi direttamente all'ingresso parterre

IO SOTTOSCRITTO _____

NATO A _____ IL ___ / ___ / ___,

DEAMBULANTE []

IN CARROZZINA []

RECAPITO TELEFONICO _____

RECAPITO FAX e/o E-MAIL per conferma prenotazione _____

RICHIEDO L'ACCESSO PER L'INCONTRO **VARESE** - _____ DEL ___ / ___ / ___

DATI ACCOMPAGNATORE (MAX 1)

NOME E COGNOME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

TARGA AUTOVETTURA _____

Autorizzo il trattamento dei dati personali sensibili ai sensi della legge 675/96 (indispensabile per ottenere l'accesso)

La società Pallacanestro Varese S.p.A. si riserva la facoltà di richiedere il certificato di invalidità, al ritiro del biglietto di accesso.

_____, il ___ / ___ / ___, FIRMA LEGGIBILE DEL DICHIARANTE _____