

MODULO DI RICHIESTA ACCREDITO TIFOSI CON DISABILITÀ
Ritiro Estivo di Castel di Sangro - SSC Napoli 2026

Da inviare via e-mail, entro 48 ore prima dello svolgimento dell'allenamento o della gara amichevole, al seguente indirizzo: tifosicondisabilita.ritiriestivi@sscn.it

Il/La sottoscritto/a (Compilare in stampatello in modo chiaro e leggibile)

NOME _____ **COGNOME** _____
LUOGO DI NASCITA _____ **DATA DI NASCITA** _____
RESIDENTE A _____ **VIA** _____ **N.** _____
TEL _____ **E-MAIL** _____
CARTA D'IDENTITÀ N. _____ **RILASCIATA DAL COMUNE DI** _____ **IL** _____

(allegare la fotocopia del documento)

Dichiara di essere:

- ☐ TIFOSO CON DISABILITÀ **NON DEAMBULANTE (CHE UTILIZZA LA CARROZZINA)**
☐ TIFOSO CON DISABILITÀ **DEAMBULANTE**

Allegare il Certificato di invalidità civile al 100% da cui si evinca in maniera chiara ed inequivocabile che il grado di invalidità riconosciuto sia pari al 100%, senza la precisazione della patologia diagnosticata (qualora questa fosse presente dovrà essere oscurata).

Richiede l'accredito per assistere all'allenamento della Prima Squadra della SSC Napoli presso il ritiro estivo di Castel di Sangro nella data:

____ 2026 ☐ MATTINA ☐ POMERIGGIO
____ 2026 ☐ MATTINA ☐ POMERIGGIO

Alla gara amichevole:

- ☐ NAPOLI VS OSASUNA
☐ NAPOLI VS CELTA VIGO
☐ NAPOLI VS ARIS SALONICCO

ACCOMPAGNATORE (se previsto dalla normativa vigente)

NOME _____ **COGNOME** _____
LUOGO DI NASCITA _____ **DATA DI NASCITA** _____
RESIDENTE A _____ **VIA** _____ **N.** _____
TEL _____ **E-MAIL** _____
CARTA D'IDENTITÀ N. _____ **RILASCIATA DAL COMUNE DI** _____ **IL** _____

(allegare la fotocopia del documento)

- ☐ Dichiaro di aver preso visione della procedura e di accettare tutte le condizioni.
☐ *Esprimo consenso al trattamento dei propri dati personali ai sensi e per le finalità di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679*

Data e Luogo

Il/La Richiedente (firma leggibile)
