



*Padel 2020*

REGISTRAZIONE INGRESSO CLIENTE

*X - Data di ingresso:*

*X - Cognome:*

*X - Nome:*

*X - Cell:*

*X - Sintomi negli scorsi 3 giorni (febbre, tosse, alterazioni gusto e olfatto): SI\_\_\_\_\_NO\_\_\_\_\_*

OBBLIGATORIO: Si conferma la presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali come da regolamento UE n. 2016/679 (GPDR)

FIRMA CLIENTE