



UNIONE SPORTIVA ACLI

COMITATO PROVINCIALE DI ROMA

ISCRIZIONE AL CORSO US ACLI-BLSD 2020

COGNOME.....NOME.....

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA

CODICE FISCALE

INDIRIZZO.....CAP.....CITTA'.....

ISCRIZIONE AL CORSO DEL GIORNO

TESSERATO CON LA SOCIETA'.....

NUMERO DI TESSERA US ACLI.....

TEL. CASA.....TEL.UFF.CELLUL.

INDIRIZZO E-MAIL
(OBBLIGATORIO).....

**AUTORIZZO L'U.S. ACLI A RACCOGLIERE, DETENERE ED UTILIZZARE ANCHE
ATTRAVERSO LA DIVULGAZIONE A TERZI SOGGETTI LE NOTIZIE CONTENUTE NEL
PRESENTE MODULO E QUELLE CHE SARANNO RACCOLTE DALL'U.S. ACLI E DAI SUOI
ORGANI PER LE FINALITA' PREVISTE DALLO STATUTO E DAI REGOLAMENTI
DELL'U.S.ACLI.**

DATA.....

FIRMA.....