



UNIONE SPORTIVA ACLI

COMITATO PROVINCIALE DI ROMA

**ISCRIZIONE AL CORSO US ACLI-BLSD**

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

DATA DI NASCITA..... LUOGO DI NASCITA .....

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

ISCRIZIONE AL CORSO DEL GIORNO	SAB 18/01	<input type="checkbox"/>	SAB 25/01	<input type="checkbox"/>
	SAB 01/02	<input type="checkbox"/>	SAB 08/02	<input type="checkbox"/>

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  
PRESENTI 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.....