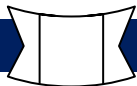
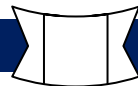




**Nome e Cognome:**  
**N° tessera socio:**  
**ASD APPARTENENZA:**  
**Comitato Provinciale di:**  
**tel**  
**cell.**  
**e-mail:**  
**Nato a:**  
**Il:**  
**Codice Fiscale:**  
**Residente in:**  
**Via:**  
**CAP**  
**Città:**



**DOMANDA PARTECIPAZIONE CORSO**



**Titolo:**  
**Data:**  
**Città sede del corso:**  
**Note:**

*"Dichiaro di essere a conoscenza del D. Lgs 196 del 30/6/2003 e successivo Regolamento UE 2016/679 sulla tutela dei dati personali, autorizzando gli organi Della Us Accli, ad usare i miei dati per tutte le attività attività associative*

**Data:**

**Firma:**