

**RICHIESTA ISCRIZIONE
CORSO UDB**

Il sottoscritto /a _____

Nato/a a: _____ **Prov.** _____ **il** _____

Residente a _____ **CAP** _____ **Via** _____ **N°** _____

Professione _____

Tel. _____ **indirizzo mail** _____

Associazione di appartenenza _____

Incarico _____

o Tessera UISP N° _____

o Tessera UISP No – richiede tessera

CHIEDE

L'iscrizione al corso UDB per la data del: (contrassegnare con una x)

☐ **27-09-2019 dalle ore 16:00 – 20:00 e il 28-09-2019 dalle ore 9:00 alle ore 18;**

QUOTA di partecipazione riservata ai soci UISP € 20,00.

Data _____

Firma _____