

DOMANDA AMMISSIONE

Corso di Formazione
UNITA' DIDATTICHE DI BASE

Il sottoscritto /a _____ Nato /a a: _____ Prov. _____

il ___/___/___ Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

Via _____ N° _____ Codice fiscale _____

Tel. _____ cellulare _____ e-mail _____

Titolo di Studio _____ Professione _____

ASD/SSD di appartenenza _____ Tel _____

Tessera UISP N°: _____ tipo _____.

Consenso al trattamento dei dati _____

dichiara inoltre di dare alla Uisp il proprio consenso ai sensi dell'art. 11 della legge 675/96 a che i dati che lo riguardano (indirizzo e data di nascita) siano oggetto del trattamento elencato nella lettera d) art. 1 della legge citata.

ISCRIZIONE

Le iscrizioni devono essere presentate alla segreteria UISP del Comitato di Cagliari o inviate via e-mail a cagliari@uisp.it entro il 20 febbraio 2019

QUOTA DI PARTECIPAZIONE

Co UDB: € 15,00

Il pagamento deve essere effettuato prima dell'inizio dei corsi.

Data _____

Firma _____