

Yoga dolce

MODULO ISCRIZIONE

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____ Comune _____

Cap _____

Contatti

Telefono _____ Email _____

Certificato medico (obbligatorio allegarlo)

Rilasciato in data _____

Pagamento

☐ Tesseramento 8€

☐ Mensilità 20€

Il presente modulo è da compilare in ogni sua parte

Dichiaro di:

- ☐ esprimere consenso alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma a titolo gratuito di immagini e riprese AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ARTICOLI 6, 7 E 13 s.s. DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR);

Firma

Data