MODULO ISCRIZIONE

--- RICHIESTA DATI ANAGRAFICI PER TESSERA ASSICURATIVA---

TIPO CORSO: ……………………………………………………….

 ꙱ in presenza ꙱ online

COGNOME …………………………………………………………………………………………………………………

NOME ……………………………………………………………………………………………………………………….

SESSO ………………………………………………………………………………………………………………………..

LUOGO DI NASCITA……………………………………………………………………………………………………

DATA DI NASCITA ……………………………………………………………………………………………………..

CODICE FISCALE ……………………………………………………………………………………………………….

RESIDENTE IN VIA ……………………………………………………………………… NR. CIVICO…………..

COMUNE …………………………………………………………………………………… CAP……………………..

EMAIL……………………………………………………………………………………………………………………….

RECAPITO TELEFONICO……………………………………………………………………………………………..

Consento al trattamento dei dati personali e delle immagini:

Con la presente esprimo inoltre il mio consenso al trattamento dei dati personali forniti, in base al Regolamento UE (GDPR 2016/679). Presto altresì il consenso alla pubblicazione, in qualsiasi forma, di immagini che mi ritraggono nello svolgimento delle attività associative, purché la pubblicazione non avvenga per perseguire finalità di natura economica

DATA ………………………………….. FIRMA ………………………………