



Dati del partecipante in stampatello :

Cognome.....Nome.....

C.F.....nato a.....il.....residente a
..... Prov..... via.....
n.....c a p.....t e l.....
cell.....e-mail.....

professione.....titolo di studio.....

Esperienza con la disabilità:

Esperienza in ambito sportivo:

Esperienze formative ulteriori.....

Indicare l' area in cui desidererebbe maggiori corsi formativi :

ISCRIZIONE CORSO:(Inserire sede e data corso scelto)

Cariche Federali o di Enti o Associazioni ricoperte a qualsiasi livello (Nazionale –
Regionale – Provinciale –) Indicare carica ricoperta e periodo

BONIFICO ISCRIZIONE: BANCA PROSSIMA

Intestatari: APS-ASD L'ACCHIAPPASOGNI

Codice IBAN: IT 030 0335967684510700164907

(La quinta cifra dell'iban è appunto la " O " di Otranto, stare attenti)

SPECIFICARE NELLA CAUSALE : Sport Disabili

POSSIBILE PAGAMENTO ANCHE IN SEDE IN SEGRETERIA , previo appuntamento.

Ai sensi dell'art.10 della legge 31/12/1996 n.675 recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali si informa che i dati forniti verranno trattati nel rispetto della norma sopra citata e che con la firma del presente modulo si autorizza l'ASI a tale trattamento.

Si autorizza anche all'utilizzo e alla divulgazione di video e foto effettuati durante i corsi.
Si esonera L'Asi e L'Acchiappasogni da qualsiasi responsabilità inerenti a problematiche organizzative o nello svolgimento dell'attività. Il presente modulo vale anche come richiesta di iscrizione all' Asd-Aps L'Acchiappasogni

Data

Firma