



MODULO DI ISCRIZIONE SOCIO ANNO 2018/2019

COGNOME _____ NOME _____

SESSO: M o F o

RESIDENTE A _____ (prov) _____

VIA _____ N° _____ CAP _____

DATA DI NASCITA ____/____/____ LUOGO _____ (prov) _____

Tel. _____ Cell. _____

e-mail _____

Codice Fiscale _____

CHIEDO

L'iscrizione al Circolo Tennis Santa Teresa Gallura.

Autorizzo il Circolo Tennis Santa Teresa Gallura al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 della legge 196/2003 e all'uso di materiale audio-video finalizzato alle attività promo-istituzionali dell'Associazione.

Data Scadenza Certificato Medico ____/____/____ ____/____/____

AUTORIZZO: NON AUTORIZZO:

N.B. Ai fini dell'ammissione ai corsi è obbligatorio allegare alla presente iscrizione un certificato medico di idoneità sportiva agonistica rilasciato da un medico sportivo.

TESSERA SOCIALE _____

TESSERA FIT _____

DATA ____/____/____

Firma _____