Modulo Iscrizione

*Da riconsegnare via email a* *formazione@federbocce.it**;* *aiab.targa@federbocce.it*

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Tessera FIB |  | Data Nascita |  |
| Codice Fiscale |  |
| Nato a |  | Provincia |  |
| Residenza |
| Indirizzo |  |
| CAP |  | Città |  | Provincia |  |
| Società di Appartenenza |
| Denominazione |  | Città |  |
| Provincia |  |
| Titolo di Studio*Indicare con una X nella relativa casella a destra del titolo di studio di più alto grado posseduto* |
| Media Inferiore |  | Media Superiore |  | Laurea |  |
| Riferimenti |
| Cellulare |  | Posta Elettronica |  |

DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE E DI ACCETTARE L’INFORMATIVA GDPR ALLEGATA

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