Modulo di Iscrizione

***Da riconsegnare entro il 17 ottobre 2019 a formazione@federbocce.it***

|  |  |
| --- | --- |
| Cognome |  |
| Nome |  |
| Data di nascita |  |  |  |
| Codice Fiscale |  |
| Nato a |  | Provincia |  |
| Residenza |
| Indirizzo |  |
| CAP |  | 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**

**DICHIARO DI AVER PROVVEDUTO AL VERSAMENTO DELLA QUOTA DI 100€**

**SUL C/C IT70C 03069 03214 100000013663 INTESTATO ALLA FEDERAZIONE ITALIANA BOCCE**

**CON CAUSALE “FIBMIUR170” E “NOME/COGNOME” DEL PARTECIPANTE**

***Ovvero***

**Dichiaro di aver provveduto all’iscrizione tramite portale S.O.F.I.A.**

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