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…………………………………………………………………..