



**A.S.D. Atletico
Monterotondo**

DOMANDA D'ISCRIZIONE ANNO 2019

Cognome	<input type="text"/>	Settore	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>	Scheda n.	<input type="text"/>
Data di nascita	<input type="text"/>	Sesso	<input type="text"/> M <input type="text"/> F
Nato a	<input type="text"/>		
Indirizzo	<input type="text"/>		
Città	<input type="text"/>	Prov.	<input type="text"/> CAP <input type="text"/>
Telefono abitazione	<input type="text"/>	Cell.	<input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>		
Professione	<input type="text"/>		
Data iscrizione	<input type="text"/>	Quota annuale	<input type="text"/> Certif. Medico <input type="text"/>
Attività	<input type="text"/>		
Turno	<input type="text"/> Giorni <input type="text"/>	Orario	<input type="text"/>
N° tessera UISP	<input type="text"/>		
Note	<input type="text"/>	Firma	<hr/>

Ai sensi del D. Leg. 196/2003 autorizzo al trattamento dei miei dati personali