



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

DOMANDA D'ISCRIZIONE ANNO 2027

Cognome

Settore

Nome

Scheda n.

Data di nascita

Sesso

Nato a

Indirizzo

Città

Prov.

CAP

Telefono abitazione

Cell.

E-mail

Professione

Data iscrizione

Quota annuale

Certif. Medico

Attività

Turno

Orario

N° tessera UISP

Note

Firma

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