



Modulo di Iscrizione

Corso autodifesa

NOME _____

COGNOME _____

NATA A _____ PROV. _____ IL- _____
_____/_____/_____

RESIDENTE A _____ PROV. _____ C.A.P. _____

INDIRIZZO _____ N. _____

DOCUMENTO DI IDENTITA'

PROFESSIONE

TITOLO DI STUDIO _____

RECAPITO TELEFONICO ALTRO EVENTUALE RECAPITO (CELLULARE - INDIRIZZO EMAIL)

DATA _____ FIRMA _____

Si richiede abbigliamento sportivo.

ALLEGARE COPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITA'

email: protocollo@comune.sorso.ss.it