

**MODULO ISCRIZIONE**  
**UNITA' DIDATTICA 5/COMPLETO 1**

**Date svolgimento:**

**05/06/07/08/09/10  
NOVEMBRE 2018**

**Dati anagrafici**

NOME	
COGNOME	
DATA E LUOGO DI NASCITA	
TEL./CEL./FAX	
MAIL	
TESSERATO PRESSO	
AUTORIZZAZIONE A MONTARE	Conseguita/Rinnovata il: _____

\_\_\_\_\_  
*Firma*

Con la firma garantisco la firma e la veridicità dei dati forniti ed acconsento specificatamente ed espressamente il trattamento dei miei dati personali, sopra indicati ai sensi dell'art. 11 della Legge 675/96, acconsentendo espressamente alla comunicazione e diffusione dei dati sopra indicati ai sensi dell'art. 20 della stessa legge.

\_\_\_\_\_  
*firma*

---

Inviare il presente modulo di iscrizione, a mezzo fax (0783.302932) o mail ([info@fisesardegna.com](mailto:info@fisesardegna.com)) allegando **OBBLIGATORIAMENTE** copia del bonifico attestante il versamento sul c/c bancario intestato a:

F.I.S.E. Comitato Regionale Sardegna  
cod. IBAN: IT05Z0100517400000000100031  
BNL ORISTANO