



centrosub
portorotondo

SCHEMA DI ISCRIZIONE PER CONSORZIATI

ALLIEVO

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____

COMUNE DI NASCITA (O STATO ESTERO) _____ PROVINCIA _____

INDIRIZZO _____ N° _____

CITTA' DI RESIDENZA _____ C.A.P. _____ PROVINCIA _____

TELEFONO _____ EMAIL _____

**Si impegna a fornire un certificato medico di idoneità alla svolgimento dell'attività subacquea/
sportiva non agonistica all'atto dell'iscrizione**

DA COMPILARE A CURA DEL CONSORZIATO

COGNOME E NOME CONSORZIATO _____

CODICE CONSORZIATO _____ CODICE UNITA' IMM _____

NOME ALLIEVO/A CHE FREQUENTERA' IL CORSO _____

SETTIMANA DAL (LUNEDI') _____ AL (VENERDI') _____

L'accesso al corso di sub con voucher è subordinato al nullaosta del consorzio

AUTORIZZAZIONE CONSORZIO DEL _____ FIRMA _____

VOUCHER N° _____ DATA _____

Il Centro Sub Portorotondo utilizzerà i suoi dati personali ai fini amministrativi e per l'erogazione dei servizi da lei richiesti.

Acconsento al trattamento dei miei dati personali ai sensi della normativa sulla privacy (D. lgs 196/03 e DGPR 2016/679) per finalità informative e promozionali. Sono informato sul mio diritto di recesso.

LUOGO E DATA _____ FIRMA _____