



MODULO ISCRIZIONE

GMG

COGNOME NOME

DATA DI NASCITA / / LUOGO

INDIRIZZO CITTÀ CAP

CARTA D'IDENTITÀ SCADENZA

RILASCIATA DAL COMUNE IL / /

CELLULARE E-MAIL

PARROCCHIA
MOVIMENTO

CELLULARE
RESPONSABILE

RESPONSABILE GRUPPO

INTOLLERANZE
ALLERGIE
MEDICINALI

PACCHETTO GEMELLAGGIO + CRACOVIA
19 LUGLIO - 1 AGOSTO

TAGLIA MAGLIETTA

PACCHETTO SOLO CRACOVIA
25 LUGLIO - 1 AGOSTO

S M L XL XXL

1° ACCONTO 2° ACCONTO SALDO FINALE

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003
 Autorizzo la realizzazione di fotografie, video o altri materiali audiovisivi contenenti la mia immagine e la mia voce che verranno utilizzate per le finalità istituzionali dell'ente.

ALLEGARE FOTOCOPIA DELLA CARTA DI IDENTITÀ E DELLA TESSERA SANITARIA

DATA / /