

MODULO DI ISCRIZIONE

MD9 – MD10

Cognome: _____

Nome: _____

Luogo e data di nascita: _____

Domicilio: Comune _____ Prov. _____

Via: _____ cap: _____

Comune _____ Prov. _____

Tel: _____ Cell: _____

n. Tessera FGi: _____

e-mail _____

COMITATO REGIONALE appartenenza _____

☐ **MD9 - Roma, 5 aprile 2012**

☐ **MD10 - Roma, 6 aprile 2012**

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 675/96.

Data _____

Firma _____