

RICHIESTA PER DIVENTARE SOCIO

Cognome/Nachname				
Nome / Name				
Nato il/ geboren am		a / in		Prov.
Residente / Wohnhaft in				
Via / Strasse		Nr.		Cap / Plz.
Codice Fiscale / Steuernummer				
Tel.		Cell.		
E-mail				
Firma / Unterschrift				

Da compilare con i dati del genitore dell'atleta minore per la dichiarazione dei redditi

Cognome/Nachname				
Nome / Name				
Nato il/ geboren am		a / in		Prov.
Residente / Wohnhaft in				
Via / Strasse		Nr.		Cap Plz.
Codice Fiscale / Steuernummer				
Tel.		Cell.		
E-mail				
Firma / Unterschrift				

Il sottoscritto/a e l' esercente della podestà parentale sottoscrivendo la presente dichiarazione si impegnano ad osservare il regolamento dell'ASD KRAV MAGA ITALIA BOLZANO ricevuto con il presente modulo, dell'IKMF ITALIA, dell'UISP e del CONI e dichiara di ben conoscere!

PRESCRIZIONE/NEU REGISTRIEREN _____ (data / Datum)

- Quota associativa / assicurazione UISP €15.- annua (comprensiva di assicurazione obbligatoria)

(prezzi e pagamenti come da comunicazioni annuali del Direttivo ASD KRAV MAGA ITALIA BOLZANO)

CONFERMA ISCRIZIONE / ANMELDUNG _____ (data / Datum)

Taglia T-Shirt: _____

Firma per conferma iscrizione _____