WABBA ITALIA

MODULO DI AFFILIAZIONE SOCIETA' 2005

Denominazione esatta e completa della Società Sportiva

Sede Sociale in _____provincia di_____

Via_____N°_____CAP_____

Tel_____Fax_____Mail_____

CAPO PALESTRA :

Nome_____Cognome_____

Residente in_____Provincia di_____

Via_____N°_____CAP_____

Tel_____Fax_____Mail_____

Io_____Presidente della Società

Dichiaro sotto la mia responsabilità di aver provveduto a formalizzare la posizione sanitaria dei miei atleti (lista a parte) come prescritto dalla legge e di essere in possesso dei loro certificati di idoneità e vi autorizzo ad utilizzare i nostri dati personali in conformità alla legge

DATA

_____

IL PRESIDENTE

_____