



CORSO CERTIFICATO DI FITWALKING, METODO DAMILANO
Oristano - Torregrande, 12 aprile – 13 maggio 2017

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Comune _____ Prov. _____

Luogo e data di nascita _____ C.F. _____

Telefono _____ Cell. _____

Email _____ Fb _____

Allego il certificato medico valido per la pratica sportiva **non agonistica** rilasciato dal Dr. _____
_____ in data _____.

(l'iscrizione si può inoltrare anche senza allegare il certificato ma lo stesso dovrà obbligatoriamente essere consegnato all'Istruttore all'inizio della prima lezione).

Autorizzo il trattamento dei dati personali in base art. 13 del D. Lgs. 196/2003.

Data, _____

firma