



SETTORE KARATE

DOMANDA RILASCIO DIPLOMA

<input type="checkbox"/>	A. ALLENATORE	<input type="checkbox"/>	ALLENATORE	<input type="checkbox"/>	ISTRUTTORE	<input type="checkbox"/>	MAESTRO
<input type="checkbox"/>	ARBITRO cat. 1	<input type="checkbox"/>	ARBITRO cat. 2	<input type="checkbox"/>	P.G. 1° LIV.	<input type="checkbox"/>	P.G. 2° LIV

NOME COGNOME

Data di nascita/...../..... luogo Pr

Domicilio

Tel Città Cap Provincia

E- mail:.....Settore sportivo.....

N° Tessera OPES.....Società di Appartenenza.....

Data e luogo test di idoneità.....

Allegati :

Autorizzo OPES al trattamento dei dati personali ai sensi Art. 10 della L. 675/96

.....

Firma Richiedente