



## MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO TCCC - ASM

---

---

---

Nome e Cognome

---

Data di nascita

---

P.IVA/C.F.

---

Residenza

---

Tel.

Fax

E- Mail

---

Ruolo

Qualifica

---

Altre qualifiche

---

Tipo di arma: marca/mod.

calibro

---

Desidero acquistare le munizioni c/o l'armeria del poligono

SI

NO

Desidero acquistare kit individuale di soccorso presso l'ASD

SI

NO

**Note**

---

---

---

Luogo e data

Firma (leggibile)

---

*I dati indicati saranno trattati nel rispetto delle disposizioni previste dal D.Lgs. n.196/03 relativamente alla tutela dei dati personali (Privacy).*