



# FEDERAZIONE ITALIANA TAEKWONDO



Società Sportiva ..... Codice Società .....

Tesseramento Atleti Cinture Nere ( DAN e POOM) per l'anno .....

1	Matr.	Cognome	Nome	M/F	Data nascita	Grado:
						Data:
		Indirizzo	CAP	Località	Prov	Tel.: Cell.: e-mail
2	Matr.	Cognome	Nome	M/F	Data nascita	Grado:
						Data:
		Indirizzo	CAP	Località	Prov	Tel.: Cell.: e-mail
3	Matr.	Cognome	Nome	M/F	Data nascita	Grado:
						Data:
		Indirizzo	CAP	Località	Prov	Tel.: Cell.: e-mail
4	Matr.	Cognome	Nome	M/F	Data nascita	Grado:
						Data:
		Indirizzo	CAP	Località	Prov	Tel.: Cell.: e-mail
5	Matr.	Cognome	Nome	M/F	Data nascita	Grado:
						Data:
		Indirizzo	CAP	Località	Prov	Tel.: Cell.: e-mail

Il sottoscritto dichiara, sotto la propria responsabilità, di aver provveduto a formalizzare la posizione sanitaria degli atleti in elenco come prescritto dalla legge e di custodire presso la Segreteria Sociale la relativa documentazione.  
Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003.

\_\_\_\_\_  
Luogo e Data

\_\_\_\_\_  
Timbro

\_\_\_\_\_  
Firma del Presidente della Società

Allegare al presente modulo la ricevuta di c.c.p. (n. 58554007)

Viale Tiziano, 70 • 00196 Roma Tel. 06/36858742 - 40 - 39 - 38 • Fax 06/36858720 - 06/3233673 • Web <http://www.taekwondowtf.it/> • E-mail [info@taekwondowtf.it](mailto:info@taekwondowtf.it)