



DATI ANAGRAFICI

- Nome: _____
- Cognome: _____
- Nato a: _____
- Il: _____

CITTADINANZA

- Italiana
- Comunitaria
- Extracomunitaria

TESSERATO LO SCORSO ANNO CON QUESTA SOCIETA'?

- Si
- No

TESSERATO LO SCORSO ANNO CON UN'ALTRA SOCIETA'?

- Si, con quale altra società: _____

SCADENZA VISITA MEDICA

- Data: _____
- Già scaduta: _____
- Da rinnovare: _____
- Non so: _____

RESIDENZA

- Indirizzo: _____
- Cap: _____
- Città: _____
- Provincia: _____

DATI GENITORE/TUTORE PER INTESTARE RICEVUTA DI PAGAMENTO

- Cognome: _____
- Nome: _____
- Nato a: _____
- Il: _____
- Codice Fiscale: _____
- Indirizzo: _____
- Città: _____
- Provincia: _____
- Cap: _____
- N. Cellulare: _____
- Indirizzo Mail: _____