

MODULO per il TESSERAMENTO alla P.G.S.

Via dei Mille, 41/a - 00185 ROMA
 Tel. 06 4462179 Fax 06 491310
 E-mail: info@pgsitalia.org
 Internet: www.pgsitalia.org

PGS _____
 Codice _____ Anno Sociale 200__ / 200__
 Comune _____ Prov. _____

Il presente modulo deve essere consegnato al Comitato P.G.S. Regionale o Provinciale competente per territorio.

	Cognome e Nome	Sesso M/F	Data di nascita	Qualifica (1)	Discipline Sportive (2)	Residenza		Firma del titolare o di un genitore per i minori
						Indirizzo	C.A.P. Comune	
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

Il sottoscritto dichiara che tutti i tesserati sopra elencati, esclusi i dirigenti, sono in possesso della certificazione medica prescritta dalla normativa vigente e dai regolamenti dell'Associazione Nazionale P.G.S. e autorizza l'Associazione Nazionale P.G.S., in base al consenso scritto prestato dai propri tesserati con la firma sul presente modulo, ad utilizzare e gestire, esclusivamente per i suoi fini istituzionali, i dati dei propri soci tesserati per il presente anno associativo, ai sensi della legge n° 196/03.

1) Vedere i codici qualifiche

2) Per ogni nominativo segnare il codice dell'attività svolta con le P.G.S.

firma del presidente dell'associazione locale

timbro datario
del comitato regionale
o provinciale