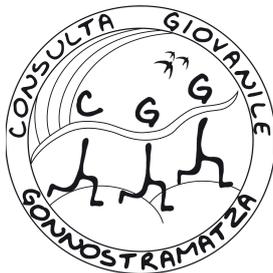


Consulta Giovanile Gonnostamatza



Spett.le

CONSULTA GIOVANILE GONNOSTRAMATZA

Via Enrico Carboni, 2

09093 GONNOSTRAMATZA

DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CORSO DI BALLO SARDO

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a a _____ il _____
Residente in _____
nella Via/Piazza _____ N° _____
Telefono _____ Email _____

CHIEDE

Di poter partecipare al Corso di Ballo Sardo organizzato dalla *Consulta Giovanile Gonnostamatza* e dall'*Associazione Culturale Teatrale "Su Cuccaioi"*.

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- Di essere disponibile a frequentare il corso di pomeriggio/sera nei giorni feriali.
- Di essere disponibile a versare una quota di partecipazione in caso di accoglimento della domanda. (La quota di partecipazione verrà stabilita in base al n. degli iscritti)

Gonnostamatza _____

Firma _____

DICHIARAZIONE SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

"Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Dlgs 196 del 30 giugno 2003" oppure "In riferimento alla legge 196/2003 autorizzo espressamente l'utilizzo dei miei dati personali e professionali riportati nella su estesa scheda".

Gonnostamatza, _____

Firma _____