Federazione Motociclistica Italiana

ISCRITTI
TESSERATI/LICENZIATI ATTIVITÀ DIDATTICHE FMI

ORGANIZZATORE_____

LUOGO:_____ **DATA:**_____[ ]

N.	Nome e Cognome	N.Tessera/Tessera Sport/ Licenza FMI 2024	Certificato medico valido

(Legge 675/96 per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali)
Il sottoscritto concede il permesso alla Segreteria del S.T.F. di utilizzare i propri dati personali riportati nella Scheda esclusivamente per fini istituzionali nell'ambito della Federazione Motociclistica Italiana e per la pubblicazione dell'Albo dei Tecnici della FMI.

Firma del Responsabile Organizzatore_____

Firma del Tecnico Sportivo (o ITG) Responsabile _____