



www.accademiaitalianadiaikido.org
Sede legale: Via Nicola Nisco 7, Roma

DOMANDA ESAME

Cognome e Nome

chiede di poter sostenere l'esame per il conseguimento del grado:

KYU DAN

Sessione del mese

Anno

residente in via

N°

Città

Provincia

CAP

E-mail

Tel/Cell

Dojo di appartenenza

Tessera AIADA n.

Città

Responsabile Dojo

Grado attuale

Conseguito il

Esaminatore/Commissione

Firma del Candidato

Firma dell'Insegnante

RISERVATO ALLA COMMISSIONE

Esito dell'esame

Note

La Commissione Tecnica/L'Esaminatore

Consenso al trattamento dei dati personali

Pienamente informato delle finalità e modalità di trattamento e rilevato che lo stesso è rispettoso dell'autorizzazione n. 2/2007 e 3/2007 del Garante per la protezione dei dati personali, esprimo il consenso al trattamento dei miei dati anche sensibili, in conformità con quanto illustrato nell'Informativa ricevuta.

....., li / / Firma leggibile

Inviare per email, **unitamente alla ricevuta di avvenuto pagamento** a:
segreteria@accademiaitalianadiaikido.org