



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

## RICONOSCIMENTO GRADI AIKIKAI

Cognome e Nome .....

Residente in Via ..... N° .....

Città ..... Provincia ..... CAP .....

E-mail ..... Tel .....

Data di nascita ..... Dojo di appartenenza .....

Città ..... Responsabile Dojo .....

N° tessera AIADA ..... Grado attuale AIADA ..... Diploma N° .....

### CON LA PRESENTE SI RICHIEDE IL GRADO AIKIKAI

1°DAN

2°DAN

3°DAN

4°DAN

Aikikai Membership N. .... Registration N. Yudansha Book .....

Data di registrazione AIKIKAI ..... Attuale grado AIKIKAI ..... data di rilascio N. ....

Il sottoscritto si impegna a versare tramite bonifico bancario la quota di registrazione del grado dopo l'accoglimento della domanda da parte della Commissione Gradi Aikikai AIADA.

Firma del richiedente .....

Firma del Responsabile di Dojo .....

Firma dell'Esaminatore .....

La documentazione comprovante il possesso dei requisiti e la veridicità di quanto dichiarato viene allegata alla presente istanza.

Visto dalla Commissione Gradi AIKIKAI .....

### Riservato alla Commissione

Esito dell'esame ..... Data 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.

....., lì ..... / ..... / ..... Firma leggibile .....

Inviare alla Commissione Gradi AIKIKAI per email, a:  
segreteria@accademiaitalianadiaikido.org