



www.aiada.it
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.

, lì

/

/

Firma leggibile

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