



ASSOCIAZIONE DI CULTURA TRADIZIONALE GIAPPONESE  
AIKIKAI D'ITALIA  
ENTE MORALE D.P.R. 8 LUGLIO 1978 N. 526

# Raduno M° ASAI Cornaredo 18-19 Novembre 2023

Intero stage:  Sabato 18 Novembre:  Domenic 19 novembre:   
Entire Event:  Saturday November 18  Sunday November 19:

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Name Last Name  
Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_  
Place of Birth Date of Birth  
email \_\_\_\_\_ Num. tel /cellulare \_\_\_\_\_  
Phone /Mobile number  
Città \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_  
City Country  
Nome Associazione Aikido \_\_\_\_\_ Aikikai  Altra: \_\_\_\_\_  
Name of Aikido Organization d'Italia Other:  
Nome Dojo \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Name of Dojo City  
Grado \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Rank

### chiede

di poter frequentare il raduno di aikido che si terrà Conaredo 18/19 Novembre 2023

### *I hereby ask*

*to take part in the aikido seminar to be held in Cornaredo November 18/19, 2023*

Cornaredo, \_\_\_\_\_ November 2023 Firma Signature \_\_\_\_\_

**Per gli iscritti Aikikai d'Italia: Dichiaro inoltre di aver versato all'Aikikai d'Italia la quota associativa (comprendente di assicurazione) per l'anno accademico 2023/20204**

**I non iscritti all'Aikikai d'Italia dichiarano di essere assicurati contro eventuali incidenti.**

***I hereby declare to have an insurance which covers any injuries which may occur during the seminar***

*Confermo di avere ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del regolamento generale sulla protezione dei dati - Regolamento Europeo UE 2016/679, come da informativa esposta al desk iscrizioni e di cui si è presa visione prima dell'iscrizione, per cui presto consenso nonché liberatoria per la realizzazione e divulgazione di riprese video e fotografiche a scopi didattici.*

*I authorize the use of my personal data in compliance with the GDPR UE 2016/679*

Firma Signature \_\_\_\_\_

PER I PARTECIPANTI MINORENNI - Estremi del genitore o di chi ne fa le veci

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ dichiara di essere responsabile per il minore sopraindicato per l'intero periodo di frequentazione dello stage.

Firma Signature \_\_\_\_\_