



Azienda per l'Assistenza Sanitaria
n. 5 "Friuli Occidentale"

PROGETTO GRUPPI DI CAMMINO

COMUNE DI

MODULO DI ADESIONE

Il sottoscritto,

Cognome..... Nome

Luogo di nascita..... Data di nascita

Indirizzo (via, piazza) CAP Comune

Tel Altro recapito telefonico

Indirizzo e-mail

Medico di famiglia

Persona da avvisare in caso di necessità: Tel.

Eventuali note

- **CHIEDE** di partecipare in forma volontaria, libera e gratuita al Gruppo di Cammino

- **AUTORIZZA** ai sensi del D.Lgs. 196/2003, il trattamento dei dati personali per il trattamento del presente progetto.

Firma

Luogo e data _____

.....