



**A.M.I.V.**  
**Associazione Medici Italiani Volley**  
**v. Zago 2/2 – 40128 Bologna**  
**C.F.: 91246650377**

**Modulo di Iscrizione A.M.I.V.**

da compilare e consegnare  
o via mail a: [info@amivolley.it](mailto:info@amivolley.it), [marco.fogli@unife.it](mailto:marco.fogli@unife.it)

**Cognome e Nome** .....

Nato/a a ..... Prov. .... il .....

Residente in via: ..... n° ..... a ..... Prov. ....

**Laureato** in Medicina e Chirurgia nell'anno Accademico .....

presso l'Università di ..... Specialista in .....

**Diplomato:**  Tecnico,  Preparatore,  Terapista,  Massoterapista,  Osteopata

Seguo la Squadra di: ..... Categoria: .....

Indirizzo di Lavoro .....

Tel. .... Cell. .... Email .....

**Quota di iscrizione:**  € 50,00 per laureati in Medicina e Chirurgia

€ 30,00 per Tecnici, Preparatori, Fisioterapisti etc.

**Modalità di pagamento:** 1)  Bonifico Bancario<sup>1</sup>

2) Rimessa Diretta

Firma del Presidente e/o Segretario

-----

Ai sensi della legge 675/96 e successive modifiche (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali)  do il mio consenso  non do il mio consenso per il trattamento dei dati sopra riportati

Lì .....

Firma

-----