## CORSO ALLENATORI SITTING VOLLEY

Requisiti:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ALLIEVO ALLENATORE |  | ALLENATORE 1° GRADO |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ALLENATORE DI 2°/3° GRADO |  | ALLENATORE ENTE PROMOZIONE |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ATLETA DISABILE |  | UDITORE PROF. EDUCAZIONE FISICA |

|  |  |
| --- | --- |
| COMITATO PROVINCIALE DI APPARTENENZA |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Io Sottoscritto/a** |  | **Tessera n°** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nato/a a** |  | **il** |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Residente a |  | N° |  | CAP |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Via |  | **Prov.** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Tel.** |  | **Cell.** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| E-mail |  | @ |  |

##### CHIEDO

|  |
| --- |
| **DI PARTECIPARE AL CORSO ALLENATORI DI SITTING VOLLEY** |
| **Organizzata dal Comitato Regionale Emilia Romagna** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **DATA** |  | FIRMA RICHIEDENTE |

**Si allega copia del versamento di € 70,00 (settanta) per quota iscrizione od € 45,00 (quarantacinque) per quota uditori.**

**versamento su c/c postale n. 22202402 intestato a FIPAV – Comitato Regionale Emilia Romagna – Bologna,** oppure tramite bonifico bancario sul **Conto corrente bancario intestato a CONI – FIPAV CRER presso BNL ag 1 di Bologna p.za XX Settembre - riferimenti IBAN IT72X0100502599000000070006**

**In entrambi i casi precisando nella causale: “corso allenatori di Sitting Volley”**

**I termini per le iscrizioni ai corsi indetti dal Comitato Regionale scadono due giorni prima della data del corso.**