



Iscrizione al corso allenatori 2018 -2019

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ (PR.) IL _____

RESIDENTE A _____ (PR.) VIA _____ CAP _____

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TEL. _____ CELLULARE _____

INDIRIZZO @MAIL _____

TITOLO di STUDIO _____ PROFESSIONE _____

INTENDO ISCRIVERMI AL CORSO ORGANIZZATO DAL COMITATO FIPAV VARESE di:

- | | | |
|--------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ALLIEVO ALLENATORE – 1 LIV.GIOV. - (23 Lezioni) | QUOTA PARTECIPAZIONE € 300,00 |
| <input type="checkbox"/> | PRIMO GRADO - 2 LIV.GIOV. - (31 Lezioni) | QUOTA PARTECIPAZIONE € 350,00 |

CURRICULUM SPORTIVO :

1. _____ 2. _____
3. _____ 4. _____

Attualmente collabora in quale Società Sportiva _____

In funzione di _____ in quali giorni _____

Si propone alla frequenza del Corso per la seguente necessità: _____

- I corsi si terranno come da calendario allegato
- Documenti da allegare: certificato medico di buona salute + ricevuta di versamento iscrizione

Da spedire al Comitato Provinciale di Varese entro il:
24/10/18 per corso Allievo Allenatore Primo Livello Giovanile
21/11/2018 per corso Allenatore Primo Grado-Secondo Livello Giovanile

(e-mail:varese@federvolley.it)-(Fax.0332310333)

Firma del Candidato
