

Il presente modulo deve essere debitamente compilato in ogni sua parte, firmato e inviato via e-mail entro la data indicata nell'indicazione del corso e si prega **allegare ricevuta di pagamento e certificato medico**.

Trasmissione via e-mail
cgt.appenninotoscana@federvolley.it

Spett.le Comitato Territoriale Appennino Toscano _____
della Federazione Italiana Pallavolo

Oggetto: Iscrizione al **Corso Allenatore Primo Grado ON FIPAV**

che si svolgerà a _____ il/dal _____ al _____

Il sottoscritto:

(Cognome)		(Nome)	
(Luogo di nascita)	(Provincia nascita)	(Data di nascita)	
(Luogo di residenza / domicilio)	(Provincia res/dom)	(CAP)	
(indirizzo di residenza / domicilio)			(N. civico)
(Codice fiscale)	(Provincia FIPAV)	(Matricola FIPAV)	
Telefono casa	Telefono ufficio	Fax	Cellulare
(indirizzo e-mail)			

CHIEDE

di essere iscritto al corso per Allenatore FIPAV di **Allenatore Primo Grado ON**

Dichiara sotto la propria responsabilità di essere in regola con i pagamenti tesserativi.
Allega copia dell'avvenuto pagamento di **€.300,00 (trecento)**
Pagamento sul c/c bancario – BPER Banca Spa – IT15H0538703202000004436385
intestato a Comitato Territoriale Fipav Appennino Toscano, via Einaudi, 150 – 55100
Lucca.

Data, _____

Firma
