



Allegato "A"

DOMANDA DI AMMISSIONE AL CORSO ALLENATORI DI SECONDO GRADO 2015/2016

Spett.le
Centro di Qualificazione Regionale del
Comitato Regionale FIPAV Basilicata
Via Sicilia, snc
POTENZA

Il/La Sottoscritto/a

Tessera FIPAV N.

Nato/a a

il

Residente a

CAP

Prov.

in Via

Tel.

Cell.

Codice Fiscale

E-mail (obbligatoria)

CHIEDE

di poter partecipare, al **Corso Allenatori di Secondo Grado 2015/2016** organizzato dal Comitato Regionale FIPAV Basilicata.

Si allega attestazione di versamento del

n°

di Euro

Data

Firma