

**Nota: Titolo Nazionale rispondente anche ai requisiti richiesti da LEGGE REGIONALE 11 maggio 2015, n. 8**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE 2016 : CORSO DI ABILITAZIONE TECNICA**

**Rilascio del titolo di Tecnico Sportivo**

**Servizio ASI, in collaborazione con Scuola Regionale dello Sport del CONI**

|  |  |
| --- | --- |
| **TITOLO**  | **CORSO DI ABILITAZIONE TECNICA Rilascio del titolo di Tecnico Sportivo** |
| Data e luogo di svolgimento | **6 novembre 2016****Best Western Premier Galileo Padova** | QUOTA DI ISCRIZIONE  | * **EURO 95** (indipendentemente dal numero degli iscrittii)
 |

**Dati personali del Corsista:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME** |  | **COGNOME** |  |
| **LOGO DI NASCITA** |  | **DATA DI NASCITA** |  |
| **CODICE FISCALE** |  |
| **INDIRIZZO** |  | **CAP** |  |
| **CITTA’** |  | **PROV.** |  | **TELEFONO** |  |
| **EMAIL**  |  | **FAX** |  |
| **ASD /SRLSD** **di appartenenza** |  |
| **DISCIPLINA DI RIFERIMENTO\*** |  |  |  |

***\*indicare la disciplina (una sola) per la quale si richiede la qualificazione, es. ballo o fitness o kickboxing ecc.***

La presente domanda di iscrizione, compilata in ogni sua parte, va inviata a: segreteria@asiveneto.it. FIRMATA dal Presidente o dal Responsabile\*. Perfezionata con un **bonifico** a copertura della quota di partecipazione, di cui deve essere inviata copia sempre a segreteria@asiveneto.it. Il modulo di iscrizione e relativa copia del pagamento dovranno pervenire ai nostri uffici entro il **15 ottobre 2016**.

Coordinate bancarie ASI: *Iban  ASIVENETO: IT47U 01030 12105 000002029175*

*Causale: corso formazione tecnica ASI*

*\*Con la firma il Presidente/Responsabile richiedente dichiara assumendosene la responsabilità, che il corsista è in possesso di almeno uno dei* ***requisiti richiesti per la partecipazione*** *ovvero:*

* *Essere in possesso di diploma, privo dei requisiti previsti per l’equiparazione (firmato da Presidente Nazionale di Federazione o EPS) ma rilasciato dalla ASD /SRLSD richiedente, o da altra organizzazione.*
* *Avere seguito idoneo e documentato programma formativo nella ASD /SRLSD richiedente, o in altra organizzazione.*
* *Avere esperienza documentata di insegnamento.*

*Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

**

|  |  |
| --- | --- |
| **ANAGRAFICA per Richieste Multiple** | **Più partecipanti in capo alla stessa ASD o SRLSD**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME ASD o SRLSD** |  | **REFERENTE** |  |
| **CODICE FISCALE** |  |
| **INDIRIZZO**  |  | **CAP** |  |
| **CITTA’** |  | **PROV** |  | **TELEFONO** |  |
| **EMAIL**  |  |

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

* **Corsista n.1**

**Dati personali:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME** |  | **COGNOME** |  |
| **LOGO DI NASCITA** |  | **DATA DI NASCITA** |  |
| **CODICE FISCALE** |  |
| **INDIRIZZO** |  | **CAP** |  |
| **CITTA’** |  | **PROV.** |  | **TELEFONO** |  |
| **EMAIL**  |  | **FAX** |  |
| **DISCIPLINA DI RIFERIMENTO** |  |  |  |

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

* **Corsista n.2**

**Dati personali:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOME** |  | **COGNOME** |  |
| **LOGO DI NASCITA** |  | **DATA DI NASCITA** |  |
| **CODICE FISCALE** |  |
| **INDIRIZZO** |  | **CAP** |  |
| **CITTA’** |  | **PROV.** |  | **TELEFONO** |  |
| **EMAIL**  |  | **FAX** |  |
| **DISCIPLINA DI RIFERIMENTO** |  |  |  |

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

* **Corsista n.3**
* **Corsista n.4**
* **Ecc. (aggiungere altri eventuali partecipanti. In questo caso si potrà effettuare un bonifico cumulativo).**

*\*Con la firma il Presidente/Responsabile richiedente dichiara assumendosene la responsabilità, che il corsista è in possesso di almeno uno dei* ***requisiti richiesti per la partecipazione*** *ovvero:*

* *Essere in possesso di diploma, privo dei requisiti previsti per l’equiparazione (firmato da Presidente Nazionale di Federazione o EPS) ma rilasciato dalla ASD /SRLSD richiedente, o da altra organizzazione.*
* *Avere seguito idoneo e documentato programma formativo nella ASD /SRLSD richiedente, o in altra organizzazione.*
* *Avere esperienza documentata di insegnamento.*

*Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

***Indicazioni per raggiungere Hotel Galileo***

**Best Western Premier Hotel Galileo Padova - 4 stelle**
Via Venezia 30 - 35131 - Padova (PD)
Tel: 049 7702222 - Fax: 049 7800762

## In auto

Dall’**Autostrada A4**(Milano-Venezia ) o dalla A31 (Padova-Bologna) l’uscita PD-Est seguire le indicazioni per km 2.3 in direzione Centro sino a raggiungere **Piazzale Stanga**.
Dalla rotatoria del piazzale seguire per **Centro**, **Fiera**e **Stazione**, lungo Via Venezia è visibile l’Hotel Premier Galileo Padova.

## In treno

Dalla **Stazione Ferroviaria di Padova** Bus urbano nr. 18 fermata davanti all’Hotel oppure in taxi (costo €. 7 circa)

A piedi

Dalla **Stazione Ferroviaria di Padova** circa 1700 m

Dalla **Fiera di Padova** circa 600 m