

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

DOMANDA DI ISCRIZIONE 2017 : CORSO DI ABILITAZIONE TECNICA
Rilascio del titolo di Tecnico Sportivo

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

TITOLO CORSO DI ABILITAZIONE TECNICA Rilascio del titolo di Tecnico Sportivo

Data e luogo di svolgimento **4/5 marzo 2017**
Best Western Premier Galileo Padova QUOTA DI ISCRIZIONE • **EURO 95**

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	(obbligatorio)		
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 **27 febbraio 2017**.

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 _____