

**DOMANDA DI ISCRIZIONE 2017**

**CORSO DI AGGIORNAMENTO**

**per Tecnici Sportivi già abilitati**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TITOLO** | **CORSO DI AGGIORNAMENTO per Tecnici Sportivi ASI** | | | |
| Data e luogo di svolgimento | | **17 GIUGNO 2017**  **SALA CONI REGIONALE Veneto - Scuola dello Sport.**  **Padova, Viale Nereo Rocco**  **c/o Stadio Euganeo** | QUOTA DI ISCRIZIONE | * **Iscrizione GRATUITA** |

**Dati personali del Corsista già in possesso del Tesserino Tecnico**

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

***\*indicare la disciplina (una sola) per la quale si richiede l’aggiornamento.***

**Dati personali del corsista che chiede di partecipare quale “uditore”**

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

***\*n.b. gli uditori non riceveranno l’attestato di partecipazione.***

La presente domanda di iscrizione, compilata in ogni sua parte, va inviata a: [segreteria@asiveneto.it](mailto:segreteria@asiveneto.it).