

MODULO DA INVIARE ENTRO E NON OLTRE IL 15.12.2024 ALL'INDIRIZZO SETTORETECNICO@FIPAVSICILIA.IT

CORSO ALLENATORE SITTING VOLLEY
DOMANDA DI AMMISSIONE

Spett.le
Centro di Qualificazione Regionale del
Comitato Regionale Sicilia
Via Camillo Camilliani, 158/A
PALERMO

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____ Prov. _____

in Via _____

Codice Fiscale _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail (*leggibile*) _____

Tessera FIPAV n° _____ Qualifica _____

CHIEDE

di poter partecipare al Corso di Formazione
"ALLENATORE DI SITTING VOLLEY 2024/2025"

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza, e di darne il relativo consenso per il trattamento dei dati riferiti alla legge sulla privacy, che durante le lezioni potranno essere effettuate, esclusivamente dal CR FIPAV Sicilia, riprese filmate finalizzate alla produzione di sussidi didattici destinati esclusivamente ai partecipanti presenti al corso e che potranno essere ritirati personalmente dagli interessati previo rimborso delle spese per la realizzazione

luogo e data, _____

firma