



**Iscrizione al corso allenatori 2018 -2019**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ (PR. ) IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE A \_\_\_\_\_ (PR. ) VIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

TEL. \_\_\_\_\_ CELLULARE \_\_\_\_\_

INDIRIZZO @MAIL \_\_\_\_\_

TITOLO di STUDIO \_\_\_\_\_ PROFESSIONE \_\_\_\_\_

INTENDO ISCRIVERMI AL CORSO ORGANIZZATO DAL COMITATO FIPAV VARESE di:

- |  |                               |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ALLIEVO ALLENATORE – 1 LIV.GIOV. - ( 23 Lezioni ) | QUOTA PARTECIPAZIONE € 300,00 |
| <input type="checkbox"/> PRIMO GRADO - 2 LIV.GIOV. - ( 31 Lezioni )        | QUOTA PARTECIPAZIONE € 350,00 |

CURRICULUM SPORTIVO :

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 2. _____ |
| 3. _____ | 4. _____ |

Attualmente collabora in quale Società Sportiva \_\_\_\_\_

In funzione di \_\_\_\_\_ in quali giorni \_\_\_\_\_

Si propone alla frequenza del Corso per la seguente necessità: \_\_\_\_\_

- I corsi si terranno come da calendario allegato
- Documenti da allegare: certificato medico di buona salute + ricevuta di versamento iscrizione

**Da spedire al Comitato Provinciale di Varese entro il:**  
**24/10/18 per corso Allievo Allenatore Primo Livello Giovanile**  
**21/11/2018 per corso Allenatore Primo Grado-Secondo Livello Giovanile**

( e-mail:varese@federvolley.it)-(Fax.0332310333)

Firma del Candidato

\_\_\_\_\_