
DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ATTIVITA' MOTORIA PER LA TERZA ETA'

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il _____

Codice Fiscale (**OBBLIGATORIO**) _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE

Residente nel Comune di _____ VIA _____

Frazione/zona _____

Telefono _____

Richiede l'iscrizione al corso di Attività motorio-riabilitativa di gruppo per l'anno 2024

Pregasi indicare: età _____

ho già frequentato l'attività motoria: SI NO

se SI in quale palestra? _____

Si allega:

- Certificato rilasciato dal Medico di Medicina Generale
(**si consiglia di eseguire una fotocopia dello stesso**)

LA CONFERMA DELL'ISCRIZIONE AVVERRÀ DIETRO CONSEGNA DELLA RICEVUTA DI PAGAMENTO DI € 110 SUL CONTO CORRENTE TRAMITE BONIFICO, GLI ESTREMI SARANNO FORNITI DALLA COOPERATIVA IN SEDE ALLA PRIMA LEZIONE DALL'INSEGNANTE.

Data, _____

Firma _____
