

**RICHIESTA ISCRIZIONE**

**CORSO GUIDA SICURA 4x4**

Il sottoscritto /a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

indirizzo mail \_\_\_\_\_ Tessera UISP N° \_\_\_\_\_

Associazione di appartenenza \_\_\_\_\_

Titolo (Tecnico, Insegnante, Educatore, Allenatore, ect ...) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'iscrizione al **Corso di Guida Sicura 4x4**, previsto in data **24-25-26 Gennaio 2020**, e contestualmente versa la **Quota di 200,00 €** da pagare tramite:

Bonifico Bancario intestato a **UISP COMITATO TERRITORIALE APS** Iban: **IT57 T030 6909 6061 0000 0015 524**

Oppure direttamente:

in sede a Cagliari in Viale Trieste 69 negli orari di segreteria.

**Data** \_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_