

RICHIESTA ISCRIZIONE CORSO GUIDA SICURA 4x4

Il sottoscritto /a _____ Codice Fiscale _____

Nato/a a: _____ Prov. _____ il _____

Residente a _____ in via _____

CAP _____ 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 Off Road, previsto in data 21-22 Maggio 2022, e contestualmente versa la Quota di Associazione di 30,00 € da pagare tramite:

☐ Bonifico Bancario intestato a UISP COMITATO TERRITORIALE CAGLIARI APS

Iban: IT57 T030 6909 6061 0000 0015 524

oppure direttamente:

☐ in sede a Cagliari in Viale Trieste 69 negli orari di segreteria:

- dalle 9.30 alle 12.30 dal mar al gio
- dalle 16.00 alle 19.30 dal lun al ven

Data _____

Firma
