

IL/LA Sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ Prov. _____

Il _____

Codice fiscale | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Indirizzo Via: _____ N° _____

Città: _____ Prov. _____

Cellulare _____ e-mail (leggibile) _____

Titolo di studio: _____

Numero di tessera UISP _____

Asd/Società di appartenenza: _____

Indirizzo Asd/Società _____ Città: _____

CHIEDE

di poter partecipare al "CORSO DI FORMAZIONE PER ISTRUTTORE DI VELA – 1[^] LIVELLO CABINATI" organizzato dalla UISP Sardegna, dal 3 AL 19 MAGGIO 2019. Dichiaro di aver preso visione delle prescrizioni previste, del programma del corso e di aver provveduto al pagamento della quota di iscrizione DI CUI ALLEGA COPIA.

Dichiaro di aver frequentato il corso per Unità Didattiche di Base presso il Comitato

Territoriale UISP di _____ dal _____ al _____

IL RICHIEDENTE

Data _____