



FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA
COMITATO REGIONALE LOMBARDIA
FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE RICONOSCIUTA DAL CONI

Prot.n. 352/2010 ODF/tm
Milano, 26 Ottobre 2010

A TUTTE LE ASSOCIAZIONI DI GINNASTICA
DELLA LOMBARDIA **con sez. ART. FEMMINILE**

A TUTTI I COMITATI REGIONALI

e per conoscenza,

Al DTNF Prof. Fulvio Vailati

Al Responsabile Quadri Tecnici Nazionali Prof. Vittorio Baldini

LORO INDIRIZZI

OGGETTO: **Organizzazione MODULO PS2 – SEZ. GAF**
Milano, 19 DICEMBRE 2010

Il Comitato Regionale Lombardia, in collaborazione con la FGI, in attuazione del Piano nazionale per la Formazione dei Quadri Tecnici organizza il modulo didattico in oggetto. Possono frequentare il modulo i tesserati maggiorenni.

Luogo:

MILANO c/o Centro S. Guglielmetti - via Ovada 40

Data ed orari:

DOMENICA 19 DICEMBRE 2010

Accredito al corso ore 8,30

- dalle ore 9,00 alle ore 13,30 1^ parte
- dalle ore 13,30 alle ore 14,30 Pausa
- dalle ore 14,30 alle ore 18,00 2^ Parte

./..



FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA
COMITATO REGIONALE LOMBARDIA
FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE RICONOSCIUTA DAL CONI

- 2 -

L'iscrizione redatta sull'apposito modulo dovrà pervenire al Comitato scrivente

entro il 15 DICEMBRE 2010

L'importo di € 100,00 dovrà essere versato a mezzo assegno bancario (**non trasferibile intestato al CRL- FGI**) o in contanti direttamente in Segreteria del Comitato o in loco prima dell'evento.

Se dopo aver inviato la domanda d'iscrizione dovessero sopravvenire impedimenti che non consentissero la partecipazione al modulo si prega di avvisare tempestivamente la Segreteria per dar modo alla stessa di operare le adeguate sostituzioni.

Cordiali saluti

IL SEGRETARIO
f.to Oreste De Faveri

ALL.N. 1 modulo di iscrizione

FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA - COMITATO REGIONALE LOMBARDIA
VIA OVADA, 40 - 20142 MILANO TEL. 02/89122083-89122216 Fax 02/89122125
e-mail cr.lombardia@federginnastica.it - sito www.fgilombardia.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE MODULO PS2
GAF - MILANO, 19 DICEMBRE 2010

COGNOME _____ NOME _____

C.F.

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

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____

VIA _____ N. _____

C.A.P. _____ PROV. _____

TEL. _____ CELL. _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

TESSERA F.G.I. N. _____ SOC. _____

(data)

(Firma)

PARTE RISERVATA AL C.R.L

SI DICHIARA DI RICEVERE LA SOMMA DI € 100,00

SI DICHIARA DI RICEVERE LA SOMMA DI € 150,00

Data

Timbro e visto del C.R.L.
