



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

Prot.n. 08/2013 ODF/tm
Milano, 9 Gennaio 2013

A TUTTE LE ASSOCIAZIONI
di GINNASTICA DELLA LOMBARDIA

AL RESPONSABILE DEI QUADRI
TECNICI NAZIONALI

LORO INDIRIZZI

OGGETTO: Organizzazione Esame per Tecnico Regionale 2° Livello sezione GAF
Milano, 26 Gennaio 2013

Il Comitato Regionale Lombardia della Federazione Ginnastica d'Italia, con l'autorizzazione della FGI, in attuazione del Piano Nazionale di Formazione Quadri Tecnici intende organizzare il modulo didattico in oggetto secondo il seguente calendario:

Data : **SABATO 26 GENNAIO 2013**

Luogo: **MILANO, VIA OVADA 40 CO/C.R.L.**

Programma : ore 18.00 - 18.30 Accrediti
Ore 18.30 - 20.00 Esame

Requisiti per l'iscrizione:

- 1) aver compiuto il 18° anno di età
- 2) possedere la qualifica di Tecnico Societario da almeno un anno
- 3) titolo di studio di Scuola Media Superiore
- 4) attestati dei moduli MD5 - MD6 - MD7 - MD8
- 5) attestati di tre moduli MR
- 6) attività sul campo pari ad almeno 6 crediti (attestazione a cura del C.R.)



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

L'iscrizione redatta sull'apposito modulo (vedi allegato) dovrà essere inviata al Comitato Regionale Lombardia

entro e non oltre le ore 12,00 di GIOVEDI' 24 GENNAIO 2013

L'importo di **€ 50,00 per i tesserati ed € 100,00 per i non tesserati**, dovrà essere versato con assegno bancario non trasferibile intestato a F.G.I.- C.R.L. o in contanti direttamente in Segreteria del Comitato o durante l'accredito.

Cordiali saluti.

IL SEGRETARIO
f.to Oreste De Faveri

ALL. : 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 ALL'ESAME DI 2° LIVELLO
SEZIONE GAF
MILANO, 26 GENNAIO 2013

si prega di compilare in stampatello leggibile

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 €. 50,00 (tesserato)

SI DICHIARA DI RICEVERE LA SOMMA DI €. 100,00 (non tesserato)

Data

Timbro e visto del C.R.L.
