



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

Prot.n. 340/2011 ODF/tm
Milano, 19 Dicembre 2011

A TUTTE LE ASSOCIAZIONI
di GINNASTICA DELLA LOMBARDIA

AL RESPONSABILE DEI QUADRI
TECNICI NAZIONALI

LORO INDIRIZZI

OGGETTO: Organizzazione modulo didattico MD2 – Milano, 29 GENNAIO 2012

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 : **DOMENICA 29 GENNAIO 2012**

Luogo : **MILANO** c/o C.R.L. - via Ovada 40

Programma : ore 8,30 - 9,00 Accrediti

ore 9.00 - 12.00 Allenatore, gestore della complessità - Riscaldamento
Docente: Prof. TOLOMINI DANIELE

ore 12.00 - 13.00 PAUSA

./..



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

- 2 -

ore 13.00 - 17.00 Capacità coordinative.
Docente: Prof. TOLOMINI DANIELE

Requisiti per l'iscrizione:

- 1) aver compiuto il 18° anno di età
- 2) aver partecipato al modulo MD1

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

entro e non oltre le ore 12,00 di VENERDI' 27 GENNAIO 2012

Il corso verrà organizzato con un minimo di 15 iscritti e fino ad un massimo di 40.

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.N. 1

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 AL
MODULO MD2
MILANO, 29 GENNAIO 2012**

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.
