

FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA

COMITATO REGIONALE LOMBARDIA

FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE RICONOSCIUTA DAL CONI

Prot.n. 288/2013 ODF/tm
Milano, 18 Dicembre 2013

A TUTTE LE ASSOCIAZIONI
di GINNASTICA DELLA LOMBARDIA

AL RESPONSABILE DEI QUADRI
TECNICI NAZIONALI

LORO INDIRIZZI

OGGETTO: Organizzazione modulo didattico MD1 -
Milano, 11 Gennaio 2014

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 11 GENNAIO 2014**

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

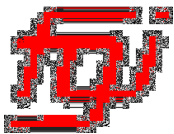
Programma : ore 8,30 - 9,00 Accrediti

ore 9.00 - 12.00 Docenti: Prof. TOLOMINI DANIELE

ore 12.00 - 13.00 PAUSA

ore 13.00 - 17.00 Docenti: Prof. TOLOMINI DANIELE

./..



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

- 2 -

Requisiti per l'iscrizione: aver compiuto il 18° anno di età

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

entro e non oltre le ore 12,00 GIOVEDI' 09 GENNAIO 2014

Il corso verrà organizzato con un minimo di 15 iscritti fino ad un massimo di 50

LE ISCRIZIONI CHE PERVERRANO OLTRE IL NUMERO MASSIMO NON VERRANNO TENUTE IN CONSIDERAZIONE

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@federaginnastica.it - sito www.fgilombardia.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL
MODULO MD1
MILANO, 11 GENNAIO 2014

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.
