Al Sig. Sindaco del Comune di Monte Rinaldo

Sede

OGGETTO: DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ATTIVITA’ MOTORIA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale (OBBLIGATORIO) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov (\_\_\_)

in via/strada/contrada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_Frazione / zona \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Richiede l’iscrizione al corso di Attività motoria per adulti e anziani per l’anno 2024/2025

Si prega di indicare:

età \_\_\_\_\_\_

Ha già frequentato l’attività motoria: Si No

Se si, in quale palestra? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si allega:

- Certificato rilasciato dal Medico Generale (si consiglia di eseguire una fotocopia dello stesso)

-Ricevuta di pagamento di € \_\_\_\_\_\_