## 

DOMANDA DI ACCESSO AL SERVIZIO DI ATTIVITA’ MOTORIA PER LA TERZA ETA’

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il

**Codice Fiscale** (**OBBLIGATORIO**)

ALLEGARE **FOTOCOPIA** DEL **CODICE FISCALE**

Residente nel Comune di\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_VIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Frazione/zona

**Telefono**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Richiede l’iscrizione al corso di Attività motorio-riabilitativa di gruppo per l’anno anno 2025/2026

Pregasi indicare: età\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ho già frequentato l’attività motoria: SI NO

se SI in quale palestra?

Si allega:

* Certificato rilasciato dal Medico di Medicina Generale

(**si consiglia di eseguire una fotocopia dello stesso**)

**LA CONFERMA DELL’ISCRIZIONE AVVERRA’ DIETRO CONSEGNA DELLA RICEVUTA DI PAGAMENTO DI € 120 SUL CONTO CORRENTE TRAMITE BONIFICO, GLI ESTREMI SARANNO FORNITI IN SEDE ALLA PRIMA LEZIONE DALL'INSEGNANTE.**

**N.B.: SI PREGA DI COMPILARE TUTTE LE PARTI DEL BOLLETTINO CON TUTTI I DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO PAGANTE (nome, cognome, residenza, codice fiscale).**

**LA FATTURA CHE VERRA' EMESSA NON E' DETRAIBILE AI FINI FISCALI.**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma