



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

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

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

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

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

Frazione/zona \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

Richiede l'iscrizione al corso di Attività motorio-riabilitativa di gruppo per l'anno anno 2017/2018

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)
- Ricevuta di pagamento di € 80,00  
(per 53 lezioni dalla terza settimana di ottobre 2017 alla terza settimana di maggio 2018)

da effettuare NEL SEGUENTE MODO:

Alle Poste su c/c n: 74502451

**N.B.: SI PREGA DI COMPILARE ENTRAMBI LE PARTI DEL BOLLETTINO POSTALE CON TUTTI I DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO PAGANTE (nome, cognome, residenza). LA FATTURA CHE VERRA' EMESSA NON E' DETRAIBILE AI FINI FISCALI.**

Data \_\_\_\_\_

Firma

