*allegato “A”*

**Corso allenatori sitting volley**

**stagione 2018/2019**

**domanda di ammissione**

Spett.le

Centro di Qualificazione Regionale del

Comitato Regionale Sicilia

Via Camillo Camilliani, 158/A

PALERMO

Il/La Sottoscritto/a

Nato/a a il

Residente a CAP Prov.

in Via

Codice Fiscale

Tel. Cell.

E-mail *(obbligatoria)*

Tessera FIPAV n° Qualifica

**chiede**

di poter partecipare al

**CORSO ALLENATORI SITTING VOLLEY**

Che si svolgerà a

**dichiara**

Sotto la propria responsabilità di essere a conoscenza, e di darne il relativo consenso per il trattamento dei dati riferiti alla legge sulla privacy, che durante le lezioni potranno essere effettuate, esclusivamente dal CR FIPAV Sicilia, riprese filmate finalizzate alla produzione di sussidi didattici destinati esclusivamente ai partecipanti presenti al corso e che potranno essere ritirati personalmente dagli interessati previo rimborso delle spese per la realizzazione

Alla presente domanda si allega l’attestazione di versamento di €. 80.00 effettuato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, lì Firma