**CORSO ALLENATORI 2° GRADO**

**stagione 2019/2020**

**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

**Al Corso di Allenatore di 2° Grado**

**dichiara**

sottola 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

Data, lì Firma