



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 € 160 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.**