##



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

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

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

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 2019/20

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**)

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma