|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| I I I I I I I I I I I I | | | | |
|  | | | | |
| DENOMINAZIONE COMPLETA CODICE FISCALE | | | | |
|  |  |  |  | / |
| INDIRIZZO SEDE STACCATA | C.A.P. | COMUNE | PROVINCIA | TELEFONO |
|  |  |  |  | / |
|  | | | | |
| GIORNI ED ORARI DELLE LEZIONI | | | | |

INSEGNANTE TECNICO TITOLARE SEDE STACCATA

Il sottoscritto dichiara di assumere la responsabilità dell’insegnamento nella sede staccata.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **COGNOME E NOME** | | | | | | | CATEGORIA | | | | | **ANNO ULTIMO CORSO AGG.** | | | **FIRMA** | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |  | | |  | | | |
|  | |  | |  |  |  | | |  |  | | | |  | | | | |
|  | |  | |  |  |  | | |  |  | | | | Firma del Presidente Sociale | | | | |
|  | |  | |  |  |  | | |  |  | | | |  | | | | |
|  | PARERE DEL COMITATO REGIONALE | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | |  | | |  | | Il Presidente | | |  | |  |
|  | | | Luogo e data | | | | |  | | |  | | Timbro e firma leggibile | | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Copia FIJLKAM |  | Copia Comitato Regionale |  | Copia Società Sportiva |  |
|  | |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |
| **ALLEGATI (Come da Comunicato N.9 del 06/02/2015)** | | | | | | |
|  | |  | **DICHIARAZIONE AGIBILITÁ** |  | **DICHIARAZIONE DISTANZA** |  |