|  |
| --- |
| 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** |  |