



Modulo di Iscrizione al Corso di Preparatore Fisico di Base

Il/La Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Provincia _____ Regione _____

Stato _____ Nazionalità _____

Cittadinanza _____ Data di nascita ____/____/____

Codice Fiscale _____

Residente in _____

Comune _____

Provincia _____ Regione _____

Cap _____ Telefono casa _____

Telefono Ufficio _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail _____ @ _____

Tipo documento di riconoscimento _____

Numero _____

Professione _____

Titolo di studio _____

Taglia abbigliamento _____

CHIEDE di essere iscritto al Corso di Preparatore Fisico di Base.

Si impegna a versare la quota di iscrizione prevista, a presentare la certificazione medica richiesta entro e non oltre la data ultima prevista dal bando.

_____ li ____/____/____

Firma _____