



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

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

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

Codice Fiscale (**OBBLIGATORIO**) \_\_\_\_\_

Residente nel Comune di \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_

Frazione/zona \_\_\_\_\_

**Telefono** \_\_\_\_\_

Richiede l'iscrizione al corso di Attività motorio-riabilitativa di gruppo per l'anno anno 2018/2019

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**)
- Ricevuta di pagamento di € 80,00  
(per 53 lezioni dal mese di Novembre 2018 al mese di Maggio 2019)

da effettuare NEL SEGUENTE MODO:

Alle Poste su c/c n: 74502451

**N.B.: SI PREGA DI COMPILARE ENTRAMBI LE PARTI DEL BOLLETTINO POSTALE CON TUTTI I DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO PAGANTE (nome, cognome, residenza).**  
**LA FATTURA CHE VERRA' EMESSA NON E' DETRAIBILE AI FINI FISCALI.**

Data \_\_\_\_\_

Firma