

MODULO PRE-ISCRIZIONE CORSI E MASTER

VERSAMENTO DEPOSITO CAUZIONALE

PER PARTECIPARE A CORSI , MASTER ASD LIFE4FIT® E CORSI DIMENSIONEPROFONDA, SARÀ NECESSARIO EFFETTUARE L'ISCRIZIONE, IN QUALITÀ DI **SOCIO ISTRUTTORE** , VERSANDO LA **QUOTA ASSOCIATIVA ANNUALE** , COME PREVISTO NEL **ART. 1 REGOLAMENTO** REDATTO SUL MATERIALE CARTACEO E DISPONIBILE IN VISIONE SUL SITO : www.life4fit.net
IL **VERSAMENTO DI TALE QUOTA** AVVERRÀ IN OCCASIONE DEL **PRIMO GIORNO DI CORSO** PRESCELTO ATTRAVERSO MODULO APPOSITO.

SCRIVERE I PROPRI DATI IN STAMPATELLO LEGGIBILE

COGNOME _____ NOME _____

VIA _____ N. _____ CAP _____ (PR) _____ CITTA' _____

TEL: _____ CELL: _____

e-mail _____

CODICE CONVENZIONE E O PROMOTER _____

⇒ **DICHIARO DI AVER LETTO IL REGOLAMENTO LE MODALITÀ ISCRIZIONE CORSI**
REPERIBILE SUL PRESENTE MATERIALE E RISPETTIVAMENTE SU : www.life4fit.net

CHIEDE DI ISCRIVERSI AL CORSO/MASTER:

ASD LIFE4FIT® DIMENSIONE PROFONDA

➤ CHE SI TERRÀ NELLA CITTA' DI : _____ IN DATA _____

PER:

DEPOSITO CAUZIONALE € 50 (*)

➤ HO EFFETTUATO IL VERSAMENTO DI EURO _____ IN DATA _____

PER CORSO ASD LIFE4FIT® E/O DIMENSIONEPROFONDA TRAMITE:

BONIFICO A FAVORE DI: **A.S. LIFE4FIT – BANCO POSTA AG. 29 MILANO**
IBAN : IT 55 C 07601 01600 000068569516 E/O

BOLLETTINO POSTALE, INTESTATO AD **A.S. LIFE4FIT - C/C POSTALE N. 68569516 – AG. 29 MILANO**

CONTANTI PRESSO LA SEDE E O PROMOTER ASD LIFE4FIT®

(*) IL SALDO DELLA QUOTA PREVISTA PER IL CORSO PRESCELTO DOVRÀ AVVENIRE **10 GIORNI PRIMA INIZIO CORSO**

DICHIARO DI AVER 18 ANNI COMPIUTI E DI ESSERE IN POSSESSO DI REGOLARE CERTIFICAZIONE MEDICA IN CORSO DI VALIDITÀ CHE ATTESTA LA MIA IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA.

LUOGO E DATA _____ NOME E COGNOME _____

FIRMA (LEGGIBILE) _____

CONCEDO L'AUTORIZZAZIONE ALL'UTILIZZO DI FOTOGRAFIE E MATERIALE VIDEO RELATIVI ALLA MIA PARTECIPAZIONE SENZA AVER NULLA A CHE PRETENDERE DALLE VOSTRE ORGANIZZAZIONI SE UTILIZZATE SENZA SCOPO DI LUCRO. IN RELAZIONE ALLA LEGGE N. 675 DEL 31/12/96 ESPRIMO IL CONSENSO AD UTILIZZARE MIEI DATI PERSONALI DA PARTE DELLA VOSTRE ORGANIZZAZIONI PER FINALITÀ CONNESSE ALL'ESERCIZIO DELLE ATTIVITÀ DA VOI SVOLTE.

LUOGO E DATA _____ NOME E COGNOME _____

FIRMA (LEGGIBILE) _____

INVIARE VIA FAX AL N. + 39.02/999.88.532 E/O VIA MAIL A : corsi@life4fit.net

COPIA DELL'EFFETTUATO PAGAMENTO INSIEME AL MODULO COMPILATO E SOTTOSCRITTO