MODULO ISCRIZIONE CORSI

DATI DEL PARTECIPANTE

Il/La sottoscritto/a Cognome nome

|  |
| --- |
|  |

Nato / a il

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Residente a Provincia

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Via N. CAP

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Telefono Mail

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Società Ruolo N. Tess. FIR

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

PROPOSTA FORMATIVA:

Titolo/Argomento Relatore Data svolgimento

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Da compilare e inviare a: rilanciosud@federugby.it

 Firma

 ------------------------------------------------