

Modulo candidatura ospitalità clinic pratico

DATI SOCIETARI

Società ospitante _____

Codice Affiliazione

0	2	0	0				
---	---	---	---	--	--	--	--

Referente Formazione _____

Cellulare _____ Mail _____

Referenti logistici

NOMINATIVO	CELLULARE	MAIL

CENTRO SPORTIVO/ORATORIO

Denominazione _____

Via _____ n° _____ CAP _____

Città _____ PR _____

DISCIPLINA SPORTIVA

CALCIO Possiamo garantire 10 iscritti N° iscritti ipotetico

PALLAVOLO Possiamo garantire 10 iscritti N° iscritti ipotetico

PALLACANESTRO Possiamo garantire 10 iscritti N° iscritti ipotetico

CAMPO/PALESTRA

Disponibilità aula lunedì sera giovedì sera

martedì sera venerdì sera

mercoledì sera sabato mattina

Spogliatorio disponibile per corsisti SI NO