

Modulo candidatura ospitalità clinic teorico

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 PALLAVOLO PALLACANESTRO MULTIDISCIPLINARE

AULA

Capienza aula _____ Possiamo garantire 10 iscritti SI NO

Videoproiettore SI NO N° iscritti ipotetico _____

Impianto audio/casse SI NO Cavi impianto + microfono a radio SI NO

Disponibilità spazi lunedì sera giovedì sera

martedì sera venerdì sera

mercoledì sera sabato mattina

Note _____