

**Modulo di iscrizione al corso**

**Operatore Acquatico per Persone Disabili**

Partecipo al corso come:

Istruttore di Nuoto

Aiuto Istruttore di Nuoto

Assistente Bagnanti

Cognome e Nome	
Luogo e data di nascita	
Email	
Indirizzo	
CAP/Località/Provincia	
Tel. casa	Lavoro
fax	Cellulare
<b>Scuola/Associazione/Società Sportiva/Club</b>	
Denominazione	
Indirizzo completo	
Istruttore responsabile	
Tel e fax	

**N.B.** I dati personali saranno utilizzati per gli scopi previsti dallo Statuto dell'Associazione. Potranno altresì essere comunicati ad Associazioni/Enti aventi le nostre medesime finalità o pubblicizzati attraverso la Stampa specializzata.

Citare in sintesi, esperienze, prerequisiti e qualifiche possedute \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ho effettuato il pagamento del corso con acconto di Eur \_\_\_\_\_ (min. 50 Eur) con saldo di Eur: \_\_\_\_\_ tramite:

con bonifico sul c/c bancario c/o Banca Prossima **intestato a HSA Italia IBAN: IT69 X033 5901 6001 0000 0119 696**  
in data \_\_\_\_\_

Per contanti o assegno n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_