



FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA

COMITATO REGIONALE LOMBARDIA

FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE RICONOSCIUTA DAL CONI

Prot.n. 168/2011 ODF/tm
Milano, 7 Giugno 2011

A TUTTE LE ASSOCIAZIONI
DI GINNASTICA DELLA REGIONE
LOMBARDIA

SEZIONE ARTISTICA FEMMINILE

A TUTTI I COMITATI REGIONALI

e, per conoscenza:

Al DTNF Prof. Fulvio Vailati

Al Responsabile Quadri Tecnici Nazionali Prof. Vittorio Baldini

LORO INDIRIZZI

OGGETTO: Organizzazione **MODULO E2 - sez. GAF**
Milano, Domenica 26 Giugno 2011

Il Comitato Regionale Lombardia, in collaborazione con la FGI, in attuazione del Piano Nazionale per la Formazione dei Quadri Tecnici organizza l'esame di 2° Livello (E2) - sez.GAF. valido per l'acquisizione della qualifica di Tecnico Regionale.

Il modulo è riservato ai maggiorenni in possesso delle seguenti attestazioni:

- Istruttore di Base + PG2 + PS2 + Master + 48 ore di Crediti Formativi
- PG1 + PG2 + PS2 + Master + 48 ore di Crediti Formativi

Luogo: **MILANO - Centro Tecnico Federale S. Guglielmetti - via Ovada 40**

Data: **DOMENICA 26 GIUGNO 2011**

Orari: Accredito al corso ore 18.30

- Ore 19.00 inizio sessione d'esame



FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA
COMITATO REGIONALE LOMBARDIA
FEDERAZIONE SPORTIVA NAZIONALE RICONOSCIUTA DAL CONI

L'iscrizione redatta sull'apposito modulo in allegato dovrà pervenire al Comitato scrivente

entro VENERDI' 24 GIUGNO 2011

L'importo di € 50,00 dovrà essere versato a mezzo assegno bancario (non trasferibile intestato a CRL-FGI) o in contanti direttamente in Segreteria del Comitato o in loco prima dell'evento.

Cordiali saluti.

IL SEGRETARIO
f.to Oreste De Faveri

Allegato n.1 - Modulo di iscrizione

FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA - COMITATO REGIONALE LOMBARDIA
VIA GVADA, 40 - 20142 MILANO TEL. 02/89122083-89122216 Fax 02/89122125
e-mail cr.lombardia@federginnastica.it - sito www.fgiombardia.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE MODULO E2
SEZIONE GAF
MILANO - 26 GIUGNO 2011

COGNOME _____ NOME _____

C.F.

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

LUOGO DI NASCITA _____ DATA DI NASCITA _____

RESIDENTE A _____

VIA _____ N. _____

C.A.P. _____ PROV. _____

TEL. _____ CELL. _____

INDIRIZZO E-MAIL _____

TESSERA F.G.I. N. _____ SOC. _____

(data)

(Firma)

PARTE RISERVATA AL C.R.L

SI DICHIARA DI RICEVERE LA SOMMA DI € 50,00

Data

Timbro e visto del C.R.L.
