

MODULO DI ISCRIZIONE CORSI DI GINNASTICA PER ADULTI ED ANZIANI

Il/La sottoscritto _____

nato/a _____ il _____ e residente a

_____ in Via _____ n. _____ tel.

CHIEDE

L'ISCRIZIONE AL CORSO DI GINNASTICA PER ADULTI ED ANZIANI ORGANIZZATO DAL COMUNE DI VILLORBA: *(barrare con una crocetta solamente il corso ed il periodo desiderato)*

1^ CORSO Palestra di Via Galvani a Carità	
Lunedì e Giovedì	15.30 – 16.30
	1^ periodo: 01/10/18 al 21/01/19
	2^ periodo: 31/01/19 al 27/05/19

2^ CORSO Palestra di Via Centa a Villorba	
Lunedì e Giovedì	17.00 – 18.00
	1^ periodo: 01/10/18 al 21/01/19
	2^ periodo: 31/01/19 al 27/05/19

3^ CORSO Palestra di Via Galvani a Carità	
Martedì e Venerdì	15.15 – 16.15
	1^ periodo: 02/10/18 al 22/01/19
	2^ periodo: 01/02/19 al 21/05/19

4^ CORSO Palestra della scuola "D.L.Pellizzari" di Via Solferino a Carità	
Martedì e Venerdì	16.30 – 17.30
	1^ periodo: 02/10/18 al 22/01/19
	2^ periodo: 01/02/19 al 21/05/19

L'iscrizione avverrà **unicamente** presso lo Sportello Unico Polifunzionale situato nella sede di Villa Giovannina. Le domande verranno accolte, fino ad esaurimento dei posti disponibili, secondo l'ordine di arrivo allo Sportello stesso (data ed ora).

Il richiedente si impegna al pagamento dell'intera quota di € 100,00 per il 1^ periodo (28 lezioni) e € 110,00 per il 2^ periodo (32 lezioni) prima dell'inizio del corso, con una delle seguenti modalità:

- > in contanti presso la Tesoreria Comunale INTESA SAN PAOLO SpA - Agenzia di Villorba Via Roma n.85;
- > con carta di credito collegandosi al sito del Comune di Villorba www.comune.villorba.tv.it alla sezione "pagamenti online";
- > con bonifico bancario intestato al Comune di Villorba - Codice IBAN: IT 07 L 03069 12117 100000046371

E' previsto il rimborso o l'esonero dal pagamento della retta di frequenza al corso, solo per motivi di salute certificati dal proprio medico curante (da comunicare tempestivamente all'Ufficio Cultura e Sport).

In tutti gli altri casi di impossibilità a partecipare o continuare la frequenza al corso, non è previsto alcun esonero o rimborso.

SI ALLEGA LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ DI AVVENUTO CONTROLLO MEDICO PREVENTIVO.

Data, _____

Firma _____