

MODULO DI ISCRIZIONE CORSI DI GINNASTICA PER ADULTI E ANZIANI

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
_____ il _____ C.F. _____
residente a _____ in Via _____ n. _____
tel. _____ e-mail _____

Cellulare _____	WhatsApp*	SI	NO
* L'Ufficio Cultura utilizzerà l'applicazione di messaggistica WhatsApp <u>SOLO</u> per comunicazioni urgenti relative al corso.			

CHIEDE

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

1 ^A CORSO Palestra di Via Galvani a Carità	
Lunedì e Giovedì	15:30 – 16:30
	1 ^a periodo: 23/09/2024 al 16/01/2025
	2 ^a periodo: 30/01/2025 al 05/06/2025

2 ^A CORSO Palestra di Via Centa a Villorba	
Lunedì e Giovedì	17:00 – 18:00
	1 ^a periodo: 23/09/2024 al 16/01/2025
	2 ^a periodo: 30/01/2025 al 05/06/2025

3 ^A CORSO Palestra di Via Galvani a Carità	
Martedì e Venerdì	15:30 – 16:30
	1 ^a periodo: 24/09/2024 al 14/01/2025
	2 ^a periodo: 28/01/2025 al 30/05/2025

4 ^A CORSO Palestra della scuola "D.L.Pellizzari" di Via Solferino a Carità	
Martedì e Venerdì	16:45 – 17:45
	1 ^a periodo: 24/09/2024 al 14/01/2025
	2 ^a periodo: 28/01/2025 al 30/05/2025

PAGAMENTI

- € 100,00 per il 1^a periodo (28 lezioni)
- € 110,00 per il 2^a periodo (32 lezioni)

Per effettuare il pagamento attendere il modulo di pagamento che verrà consegnato durante le prime lezioni del corso.

La quota di partecipazione potrà essere proporzionalmente ridotta e quindi rimborsata, su richiesta dell'interessato, in caso di malattia continuativa superiore a UN MESE, dalla data di presentazione del certificato.

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

Si invita l'utente a comunicare la malattia o l'assenza continuativa dal corso tempestivamente all'Ufficio Cultura (0422/6179813 – ascaggiante@comune.villorba.tv.it).

Le iscrizioni tardive (successive alla data di avvio corsi) verranno accolte subordinatamente alla disponibilità dei posti, con riduzione proporzionale della quota.

La partenza di ciascun corso è subordinata al raggiungimento di minimo 15 partecipanti.

SI ALLEGA LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETÀ DI AVVENUTO CONTROLLO MEDICO PREVENTIVO (o certificato medico per attività sportiva non agonistica valido)

Data, _____

Firma _____