



**2018**

**CAMPI SCUOLA *territoriali***



**Al Comitato Regionale \_\_\_\_\_**

**E p.c. Al Responsabile Nazionale FGI**

[giorgio.colombo@federginnastica.it](mailto:giorgio.colombo@federginnastica.it)

**MODULO DI RICHIESTA DI RICONOSCIMENTO DI  
ATTIVITA' GYMCAMPUS TERRITORIALE**

**Con la presente il PRESIDENTE della Associazione Sportiva**

---

**Chiede il RICONOSCIMENTO delle seguenti ATTIVITA' GYMCAMPUS**  
*( descrivere schematicamente i seguenti punti - eventuali altre informazioni verranno richieste)*

**SEDE:** *( indicare la SEDE di svolgimento delle attività )*

**PERIODO/I:** *( indicare anche più periodi)*

- 1°. PERIODO *dal al*
- 2°. PERIODO
- 3°. PERIODO
- 4°. PERIODO
- 5°. PERIODO
- 6°. PERIODO
- 7°. PERIODO
- 8°. PERIODO
- 9°. PERIODO
- 10°. PERIODO



**2018**

**CAMPI SCUOLA territoriali**



**ATTIVITA':** ( indicare Sezione e target di riferimento - Silver - liv Gold Liv )

GAM	LIVELLO
GAF	LIVELLO
GR	LIVELLO
TE	LIVELLO
AER	LIVELLO
GPT	LIVELLO

**MODALITA' OPERATIVE:** ( indicare se RESIDENZIALE o NON RESIDENZIALE - anche entrambi -

RESIDENZIALE

NON RESIDENZIALE

**TECNICO SOCIETARIO REFERENTE** ( indicare il nominativo del TECNICO REFERENTE che deve avere la qualifica minima di 3° livello TECNICO FEDERALE - il TECNICO dovrà essere disponibile alla partecipazione al corso nazionale)

COGNOME

NOME

MAIL

CELL.

**INFORMAZIONI:** ( inserire tutti i contatti della AASS / CCRR per ricevere informazioni funzionali alla partecipazione e all'iscrizione: n° telefonici, mail, contatti, website .)

TELEFONO

MAIL

WEBSITE

**dichiara di accettare le linee guida e le indicazioni previste per il  
PROGETTO GYM CAMPUS**

Timbro della A.S.

il Presidente

