

**“Centro F.G.I. Gymnastics Corner” anno .....**

**Richiesta rimborso € 100,00 per formazione Tecnico SF**

Indicare il nominativo del Tecnico ed il modulo di formazione Specialistica SF a cui il Tecnico ha partecipato.

**Tecnico Cognome e nome**

**Tessera numero**

**Area Benessere**

- |   |                          |     |                          |     |                          |     |                          |     |                          |       |
|---|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-------|
| Aequilibrium <input type="checkbox"/>       | <input type="checkbox"/> | MS1 | <input type="checkbox"/> | MS2 | <input type="checkbox"/> | MS3 | <input type="checkbox"/> | MS4 | <input type="checkbox"/> | esame |
| Kid’s Play Moving <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | MS1 | <input type="checkbox"/> | MS2 | <input type="checkbox"/> | MS3 | <input type="checkbox"/> | MS4 | <input type="checkbox"/> | esame |
| Life Long Training <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MS1 | <input type="checkbox"/> | MS2 | <input type="checkbox"/> | MS3 | <input type="checkbox"/> | MS4 | <input type="checkbox"/> | esame |

**Area Fitness**

- |  |                          |     |                          |     |                          |     |                          |     |                          |       |
|--|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|-------|
| Parkourgym <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/> | MS1 | <input type="checkbox"/> | MS2 | <input type="checkbox"/> | MS3 | <input type="checkbox"/> | MS4 | <input type="checkbox"/> | esame |
| Energy Fitness Gym <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | MS1 | <input type="checkbox"/> | MS2 | <input type="checkbox"/> | MS3 | <input type="checkbox"/> | MS4 | <input type="checkbox"/> | esame |
| Functional Training <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | MS1 | <input type="checkbox"/> | MS2 | <input type="checkbox"/> | MS3 | <input type="checkbox"/> | MS4 | <input type="checkbox"/> | esame |
| Acrobatica Aerea <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | MS1 | <input type="checkbox"/> | MS2 | <input type="checkbox"/> | MS3 | <input type="checkbox"/> | MS4 | <input type="checkbox"/> | esame |

**Allegare copia dei seguenti versamenti:**

- Versamento adesione al “Centro F.G.I. Gymnastics Corner” anno ..... effettuato in data.....
- Versamento quota iscrizione ai Moduli Specialistici sezione Salute e Fitness, con indicato il nome del tecnico per cui si chiede il rimborso, effettuato in data .....

Società richiedente .....

Via ..... n° .....

C.A.P. .... Città ..... tel. ....

IBAN n°.....

Versamento adesione “Centro F.G.I. Gymnastics Corner, anno.....” effettuato in data.....  
 Versamento quota iscrizione ai moduli specialistici SF effettuato in data.....  
 Data .....

Timbro Societario

Firma del Presidente

.....