



# CORSO PER ARBITRI DI BOCCIA PARALIMPICA

## SCHEDA DI ADESIONE PER ALTRE QUALIFICHE

Il sottoscritto/la sottoscritta

Cognome	
Nome	
Data Nascita	Luogo di nascita
Residente in Via:	località:
Qualifica Federale:	
Descrizione di specifiche competenze	
Delegazione di appartenenza:	
Cellulare	Posta Elettronica

### CHIEDE

di partecipare al corso di formazione per Arbitri di Boccia Paralimpica indetto dall'A.I.A.B. Nazionale.

DATA.....

FIRMA.....