

CORSO PER FORMATORE

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residente a _____ (Prov.) _____

Via _____ n° _____ CAP _____

Tel. Ab. _____ Cell. _____

e-mail _____

Tessera n° _____

Da inviare a:

segreteria@fitav.it

e p.c. a:

amministrazione@fitav.it

a.disantolo@fitav.it

Inderogabilmente entro e non oltre il 20.11.2022