



Spett.le:

COMITATO REGIONALE C.S.I. CAMPANIA / AREA FORMAZIONE

c/o Tempio dell'Incoronata - Via Capodimonte, 13

80136 Napoli

Sede

CERTIFICAZIONE DEL TIROCINIO PROPEDEUTICO ASPIRANTI ISTRUTTORI DI NUOTO C.S.I.

Il/la sottoscritto/a:

-
- *Cognome & Nome:* _____
 - *Data e Luogo di Nascita:* _____
 - *Luogo di residenza:* _____
 - *Codice Fiscale n.°:* _____
 - *Recapito Telefonico & mail:* _____
 - *Tessera C.S.I. n.°:* _____
-

In qualità di Legale Rappresentante della:

-
- *Società / Associazione:* _____
 - *Codice di Affiliazione C.S.I.:* _____
 - *Impianto di riferimento:* _____
 - *Recapito Telefonico & mail:* _____
-

CON LA PRESENTE DICHIARA CHE L'ASPIRANTE ISTRUTTORE DI NUOTO DI 1° LIVELLO C.S.I.

-
- *Cognome & Nome:* _____
 - *Data e Luogo di Nascita:* _____
 - *Luogo di residenza:* _____
 - *Codice Fiscale n.°:* _____
 - *Recapito Telefonico & mail:* _____
 - *In funzione del Corso:* _____
-



Ha regolarmente svolto il previsto Tirocinio pratico composto da n.° 40 ore presso la nostra organizzazione tecnica sotto riportato:

	<i>Data</i>	<i>Ore</i>	<i>Attività svolta / Argomenti trattati:</i>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
	Totale:		

Data e luogo:

Il Legale Rappresentante:

(Timbro & Firma)