

ALL. N. 2

RICHIESTA SPAZI SPORTIVI

Denominazione Feder./Enti/Ass./Scuole/Altre Entità

(SCRIVERE IN FORMA LEGGIBILE)

Il sottoscritto _____ in qualità di Presidente Dirigente Referente Collaboratore della Feder./Ente/Ass./Scuola/Altro _____ affiliata alla Feder./Ente _____ con sede in _____ via _____ CAP _____ Tel. _____ Fax _____ E-Mail _____ C.F./P.Iva _____

CHIEDE

per la stagione **2008/09** il/i seguente/i impianto/i:

PISCINA

Vasca	N°Corsi	Giorni	Dalle ore	Alle ore	Utenza *	Tipo attività
<input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 50		L M M G V S			<input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> Over 60 <input type="checkbox"/> Disab. <input type="checkbox"/> altro	
<input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 50		L M M G V S			<input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> Over 60 <input type="checkbox"/> Disab. <input type="checkbox"/> altro	
<input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 50		L M M G V S			<input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> Over 60 <input type="checkbox"/> Disab. <input type="checkbox"/> altro	
<input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 50		L M M G V S			<input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> Over 60 <input type="checkbox"/> Disab. <input type="checkbox"/> altro	

PALESTRE

Palestra	Giorni	Dalle ore	Alle ore	Utenza *	Tipo attività
	L M M G V S			<input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> Over 60 <input type="checkbox"/> Disab. <input type="checkbox"/> altro	
	L M M G V S			<input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> Over 60 <input type="checkbox"/> Disab. <input type="checkbox"/> altro	
	L M M G V S			<input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> Over 60 <input type="checkbox"/> Disab. <input type="checkbox"/> altro	
	L M M G V S			<input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> Over 60 <input type="checkbox"/> Disab. <input type="checkbox"/> altro	
	L M M G V S			<input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> Over 60 <input type="checkbox"/> Disab. <input type="checkbox"/> altro	

BOCCIODROMO

N°. Campi	Giorni	Dalle ore	Alle ore	Utenza *	Tipo attività
	L M M G V S			<input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> Over 60 <input type="checkbox"/> Disab. <input type="checkbox"/> altro	
	L M M G V S			<input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> Over 60 <input type="checkbox"/> Disab. <input type="checkbox"/> altro	

CAMPI CALCIO

Campo	Giorni	Dalle ore	Alle ore	Utenza *	Tipo attività
<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	L M M G V S D			<input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> Over 60 <input type="checkbox"/> Disab. <input type="checkbox"/> altro	
<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	L M M G V S D			<input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> Over 60 <input type="checkbox"/> Disab. <input type="checkbox"/> altro	
<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	L M M G V S D			<input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> Over 60 <input type="checkbox"/> Disab. <input type="checkbox"/> altro	
<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	L M M G V S D			<input type="checkbox"/> U15 <input type="checkbox"/> Over 60 <input type="checkbox"/> Disab. <input type="checkbox"/> altro	

*se under 15 o over 60 anni è prevista una riduzione tariffaria previa presentazione di apposito progetto da consegnare insieme alla richiesta.

Nominativo Referente _____ Tel. _____ / _____ Cell. _____ / _____

TIMBRO E FIRMA (leggibili)

DATA _____

N.B. Le Federazioni, Enti e Associazioni che per la prima volta richiedono spazi sportivi devono presentare, in allegato al modulo di richiesta, copia dell'Atto costitutivo e dello Statuto Sociale.