



SOLAROMULTISERVIZI
OGNI GIORNO INSIEME A TE

Il / la sottoscritto / a _____ nato / a _____

il _____ residente in Solaro - Via/P.zza _____

Tel. n. _____ C. FISCALE _____

CHIEDE

di partecipare al CORSO DI ATTIVITA' MOTORIA che si svolgerà c/o:

SALA POLIVALENTE c/o centro anziani MAPS -Via Drizza 20 nei giorni di:

- martedì e giovedì nei seguenti orari:

- 9.00/ 9.55 10.00/10.55
 17.00/ 17.55

- lunedì e mercoledì nei seguenti orari:

- 9.00/9.55

PALESTRA sc. Secondaria L.PIRANDELLO -Via Drizza 16 - nei giorni di:

- martedì e giovedì nei seguenti orari:

- 15.00/15.55 16.00/16.55

PALESTRA sc. Primaria Don Milani nei giorni di:

- lunedì e venerdì nei seguenti orari:

- 17.30/ 18.30

ed a tal fine, ai sensi di quanto stabilito dalla Legge n. 189 del 8/11/2012 e dal D.M. 24/4/2013

DICHIARA

- 1) di trovarsi attualmente in condizioni di buona salute generale;
- 2) di essere consapevole che, per praticare attività di tipo ludico –motoria, è raccomandato un controllo medico prima dell'avvio dell'attività per la valutazione di eventuali fattori di rischio.

Solaro, _____

FIRMA _____



SOLAROMULTISERVIZI
OGNI GIORNO INSIEME A TE

AZIENDA SPECIALE
SOLARO MULTISERVIZI
Via Mazzini, 76
20020 Solaro (MI)
C.F. - P.IVA 02640870966

TELEFONO: 02.96798733
FAX: 02.96798733
E-MAIL: solaromultiservizi@ngi.it
PEC: solaromultiservizi@pec.it
SITO: www.solaromultiservizi.it



SOLAROMULTISERVIZI
OGNI GIORNO INSIEME A TE