

**Spett.le**

**DELEGAZIONE PROVINCIALE  
FROSINONE L.N.D./F.I.G.C.**

[dplnd.frosinone@lnd.it](mailto:dplnd.frosinone@lnd.it)

<b>DOMANDA DI PARTECIPAZIONE CORSO PER L'ABILITAZIONE ALL'UTILIZZO DEL DEFIBRILLATORE</b>
---

Il/La sottoscritto/a

Cognome		Nome	
PRESIDENTE DELLA SOCIETA'			

**CHIEDE**

di ammettere a partecipare al “Corso per l’abilitazione all’utilizzo del defibrillatore”, organizzato dalla Delegazione Provinciale di Frosinone - LND/FIGC, in collaborazione con il “Centro Studi Atena”, quale tesserato/a della stessa Società, il/la sig./sig.ra:

Cognome		Nome	
---------	--	------	--

e-mail		Cellulare	
--------	--	-----------	--

Dirigente		Tecnico		Calciatore		Calciatrice		Collaboratore	
-----------	--	---------	--	------------	--	-------------	--	---------------	--

Segnare con una X nello spazio bianco la qualifica interessata

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

